

QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELL'IDONEITÀ ALL'ATTIVITÀ FISICA

Nominativo Atleta Nato il / / a, Prov.
 Residente a, Prov., Via Tel.
 Tessera Sanitaria Cod. Fisc.
 Doc. Identità n° Rilasciato da il / /
 Mail

(in caso l'atleta sia MINORENNE inserire il DOCUMENTO DEL GENITORE)

DOMANDE RIFERITE AI FAMILIARI (genitori, fratelli, nonni)

Diabete	SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Asma	SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Ipertensione Arteriosa	SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Morte improvvisa	SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Cardiopatìa ischemica o infarto	SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Altro	

DOMANDE RIFERITE AGLI ATLETI DA VISITARE

Tipo di lavoro praticato

Quante sigarette fumi al giorno? Bevi alcolici o superalcolici? SÌ NO

Assumi Abitualmente Farmaci? SÌ NO

se la risposta è **SÌ** quali e perchè

Sei attualmente o hai finito da poco una cura con dei farmaci? SÌ NO

se **SÌ** quali e perchè

Soffri o hai sofferto di Malattie come:

Diabete	SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Malattie neurologiche od epilessia	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Ipertensione arteriosa	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Malattie cardiache	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Aritmie cardiache	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		

Interventi chirurgici subiti

Infortuni rilevanti o fratture

Altro

Quando pratici sport accusi disturbi improvvisi, dolori toracici o svenimenti? SI NO

Hai già eseguito visite per l'idoneità agonistica? SI NO

Sei mai stato giudicato non idoneo o sospeso nel corso di tali visite? SI NO

se **SÌ** per qual motivo?

DICHIARAZIONE: tale dichiarazione va sottoscritta dal visitatore o, nel caso abbia meno di 18 anni, da un genitore o da un accompagnatore responsabile. Io sottoscritto dichiaro di aver informato esattamente il medico delle mie attuali condizioni psicofisiche, delle affezioni precedenti e di non essere mai stato dichiarato non idoneo in precedenti visite sportive di legge. Inoltre m'impegno a non far uso di droghe riconosciute illegali. Dò atto di essere informato dei pericoli derivanti dal fumo di tabacco, di sostanze dopanti e dall'abuso di alcool. (dichiarazione ai sensi del D.M. 18.2.92)

Nominativo in stampatello del Genitore/tutore
(solo se l'atleta è minorenn)

Firma dell' atleta
(Firma del Genitore/tutore se l'atleta è minorenn)

Bergamo,

METHODO Medical Center - Via San Giorgio, 6N - 24122 Bergamo

Tel. 035 090 0096 - Fax 035 066 2507 - info@methodomedicalcenter.it - www.methodomedicalcenter.it

Direttore Sanitario Dott. Stefano Poidomani - Centro Specialistico non convenzionato con S.S.N.

Sede Legale: METHODODO s.r.l. - Via Pavoni, 1 - 20900 Monza - P.I. e C.F. 09534270963

CONSENSO INFORMATO PROVA DA SFORZO CON STEP-TEST E/O CON CICLOERGOMETRO NELL'AMBITO DELLA DIAGNOSTICA CARDIOLOGICA

Nominativo Atleta Nato il / / a, Prov.,

La prova da sforzo con step-test e/o con cicloergometro per diagnostica cardiologica viene praticata con carichi di lavoro crescenti in modo tale da determinare un aumento della frequenza cardiaca e della pressione arteriosa proporzionale allo sforzo eseguito. Ciò comporta un aumento del lavoro cardiaco e del consumo di ossigeno miocardico. La prova viene eseguita per determinare l'eventuale presenza di un inadeguato apporto d'ossigeno al miocardio attraverso il circolo coronarico arterioso. Viene inoltre eseguita per accertamento di eventuali aritmie cardiache, per valutazioni dello stato funzionale cardio-respiratorio a scopo di valutazione sportiva o di lavoro. È pertanto una prova che può sottoporre il paziente a disturbi cardiaci e modificazioni dei valori pressori arteriosi; in caso di patologie cardio-ischemiche potrebbe indurre, al limite, anche la comparsa di eventi cardiaci maggiori (ima-sincope...)

Il sottoscritto dichiara di aver correttamente informato l'equipe visitante delle condizioni di salute, delle malattie pregresse e dei farmaci assunti, nonché dichiara di non aver assunto sostanze in grado di falsare i risultati derivanti dalla normale risposta fisiologica allo stress.

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza del fatto che l'accettazione del consenso informato permette di procedere all'esame per il rilascio dell'idoneità.

Accetto il consenso

NON Accetto il consenso informato

Nominativo in stampatello del Genitore/tutore
(solo se l'atleta è minorenne)

Firma dell'atleta o del Genitore/tutore
(solo se l'atleta è minorenne)

.....

.....