

Data \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Allo scopo di rendere più completo e sicuro il giudizio di idoneità all'attività sportiva, Le saremo grati se volesse rispondere al seguente questionario:

## DALL'ULTIMA VISITA DI IDONEITA':

**In famiglia (genitori, fratelli o sorelle, zii, nonni) qualcuno soffre o ha sofferto di:**

- Malattie cardiache (infarti, valvulopatie, aritmie, malformazioni, sindrome di Brugada, QT lungo ecc.)  
Indicare quale patologia e grado di parentela \_\_\_\_\_
- Morti improvvise prima dei 40 anni (indicare chi e la causa, se nota) \_\_\_\_\_
- Diabete (indicare chi) \_\_\_\_\_ - Ipertensione (indicare chi) \_\_\_\_\_

**Ha avuto malattie?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**E' mai svenuto?**

(sincopi/lipotimie) \_\_\_\_\_ Fuma? \_\_\_\_\_

**E' stato operato o ricoverato in ospedale?** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Ha riportato fratture o altri infortuni?** Se si, precisare quando e in quale parte del corpo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Ha praticato esami radiografici o di laboratorio?** Se si, quali? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**In questo periodo sta seguendo qualche cura?**      SI      NO

Se si, quali farmaci sta prendendo e per quale motivo? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **DICHIARAZIONE**

Io sottoscritto dichiaro di aver informato esattamente il medico delle mie attuali condizioni psico-fisiche e delle affezioni precedenti e di **non essere mai stato dichiarato idoneo**, avere in corso sospensioni o essere in attesa di giudizio da parte di altro Centro. Inoltre mi impegno a non fare uso di droghe riconosciute illegali e do atto di essere informato sui pericoli derivanti dall'uso di fumo di tabacco, di sostanze dopanti e dall'abuso di alcool. Dichiaro altresì di essere consenziente ad eventuali controlli antidoping disposti dalla legislazione vigente.

**FIRMA** (del tutore se minore) \_\_\_\_\_

### **CONSENSO INFORMATO**

Allo scopo di accertare la mia idoneità alla pratica sportiva, acconsento volontariamente ad essere sottoposto al **test da sforzo al cicloergometro**. Prima di sottopormi al test sono stato informato sulle modalità di esecuzione dell'esame e sono stato visitato da un medico il quale ha accertato che non sussistono controindicazioni. Sono stato informato che dovrò avvertire il medico della comparsa di dolore al petto o di ogni altro sintomo. Sono a conoscenza che il test, in rari casi, può fare insorgere problemi potenzialmente gravi e pericolosi, ma anche che il personale e le apparecchiature necessarie per fronteggiare qualsiasi urgenza sono disponibili in ogni momento. Ho letto e compreso chiaramente quanto sopra ed ho ottenuto risposta a ogni mia richiesta o chiarimento.

**FIRMA** (del tutore se minore) \_\_\_\_\_

Il Medico \_\_\_\_\_