

NOME: _____ COGNOME: _____ DATA DI NASCITA: _____

DOMANDE RIFERITE AI FAMILIARI (genitori, fratelli, nonni)

- Diabete, Ipercolesterolemia ☐ SI ☐ NO
- Ipertensione arteriosa ☐ SI ☐ NO
- Cardiopatia ischemica, Infarto, Ictus ☐ SI ☐ NO
- Asma ☐ SI ☐ NO
- Malattie su base familiare/ereditaria (favismo, talassemia, malattie della tiroide..) ☐ SI ☐ NO
- Morte improvvisa prima dei 40 anni (dovuta a malore) ☐ SI ☐ NO

Chi? _____ A che età? _____ Per quale causa? _____

- Altro _____ ☐ SI ☐ NO

DOMANDE RIFERITE AGLI ATLETI DA VISITARE

- HA GIÀ' ESEGUITO VISITE PER L'IDONEITA' AGONISTICA? ☐ SI ☐ NO
- È STATO DICHIARATO NON IDONEO O È SOSPESO PER ACCERTAMENTI PRESSO ALTRI CENTRI? ☐ SI ☐ NO

Se sì, per quale motivo? _____

- HA MAI AVUTO SVENIMENTI, CAPOGIRI, PERDITA DI CONOSCENZA? ☐ MAI ☐ DURANTE LO SFORZO ☐ A RIPOSO
- DOLORI AL PETTO, PALPITAZIONI, BATTITI IRREGOLARI? ☐ MAI ☐ DURANTE LO SFORZO ☐ A RIPOSO
- ASSUME ABITUALMENTE FARMACI ? ☐ SI ☐ NO

Se sì, quali e perché? _____

- FA ATTUALMENTE O HA FINITO DA POCO UNA CURA CON DEI FARMACI? ☐ SI ☐ NO

Se sì, quali e perché? _____

- DEVE SEGNALARE MALATTIE NEL PASSATO O IN ATTO, AL DI FUORI DELLE COMUNI MALATTIE INFANTILI? ☐ SI ☐ NO

- INTERVENTI CHIRURGICI/RICOVERI OSPEDALIERI? ☐ SI ☐ NO

Quali? _____ a che età? _____

Quali? _____ a che età? _____

- INFORTUNI RILEVANTI/FRATTURE/ TRAUMI CRANICI ? ☐ SI ☐ NO

Quali? _____ a che età? _____

- SOFFRE DI ALLERGIE? ☐ SI ☐ NO

- È PORTATORE MONORGANO (un solo rene, un solo occhio, un solo testicolo, etc.)? ☐ SI ☐ NO

Quali? _____

- FA USO DI ALCOLICI O SUPERALCOLICI? ☐ DURANTE I PASTI ☐ ABBONDANTE ☐ NO

- FUMA ☐ SI ☐ NO ____/ al dì (se sì, specificare quante sigarette)

- Per le atlete: età prima mestruazione: _____ data ultima mestruazione: _____

DICHIARO

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, avere in corso sospensioni o essere in attesa di giudizi da parte di un 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 (dichiarazione ai sensi del D.M.18/02/82).

Tale dichiarazione va sottoscritta dal visitato o, nel caso abbia meno di 18 anni, da un genitore o da un accompagnatore responsabile.

Luogo e data _____ Firma _____