

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?  MAI  DURANTE LO SFORZO  A RIPOSO
- 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 \_\_\_\_\_