

QUESTIONARIO INTRODUTTIVO ALLA VISITA PER LA CERTIFICAZIONE DELL'ATTIVITA' SPORTIVA AGONISTICA E NON AGONISTICA

COGNOME _____ NOME _____
 LUOGO DI NASCITA _____ DATA DI NASCITA _____ ETA' _____
 RESIDENTE A _____ VIA _____ N _____
 NUMERO CARTA IDENTITA' _____ TELEFONO _____
 SQUADRA PALESTRA _____ SPORT _____

A. Storia Familiare DOMANDE		RISPOSTA	
Genitori, fratelli/sorelle o zii diretti	con decesso prima dei 50 anni	SI	NO
	con aritmie cardiache	SI	NO
	che hanno avuto un infarto < 55 maschi < 65 femmine	SI	NO

B. Storia Familiare DOMANDE		RISPOSTA	
Hai mai avuto perdita dei sensi con perdita di coscienza e poi sei stato portato in ospedale?		SI	NO
Hai mai avuto dolore al torace o sensazione di mancanza d'aria?	durante l'esercizio fisico	SI	NO
	dopo l'esercizio fisico	SI	NO
	non correlato all'esercizio-sforzo fisico	SI	NO
Hai mai avuto un battito cardiaco troppo accelerato o la sensazione che salti qualche battito?	durante l'esercizio fisico	SI	NO
	dopo l'esercizio fisico	SI	NO
	non correlato all'esercizio-sforzo fisico	SI	NO
Un medico ti ha mai detto che hai problemi di salute che impediscono lo sport?		SI	NO
Un medico ti ha mai ordinato un test per il cuore, per esempio Holter o ECO?		SI	NO
Attualmente stai facendo qualche cura, usando farmaci (qualsiasi tipo) su prescrizione medica o "da banco" (senza ricetta) o pillole o inalatori?		SI	NO
Negli ultimi 2 anni hai preso farmaci in maniera costante? (NO farmaci al bisogno)		SI	NO

C. Altre Notizie

FUMO SI NO

Quantità al giorno _____

Da anni _____

Età inizio _____ Età fine _____

ALCOOL SI NO

Quantità al giorno _____

Da anni _____

Età inizio _____ Età fine _____

STUPEFACENTI SI NO

Modalità _____

Da anni _____

Età inizio _____ Età fine _____

DATA

FIRMA (se minorenni firma del genitore)
