



**CENTRO INTERDIPARTIMENTALE  
DI MEDICINA DELLO SPORT s.r.l.**

Dir. San. Dott.ssa Mirella De Ruvo

Data \_\_\_\_\_

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

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

Dall'ultima visita di idoneità:

**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 sì, precisare quando e in quale parte del corpo

\_\_\_\_\_

**Ha praticato esami radiografici o di laboratorio ?** Se sì, quali

\_\_\_\_\_

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

Se sì, 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 non 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 dò 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 e ho ottenuto risposta a ogni mia richiesta o chiarimento.

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

**Il medico** \_\_\_\_\_