

STUDIO PRIVATO DI MEDICINA DELLO SPORT

XX SETTEMBRE

Dott. Brunello Pazzoni, Specialista in Medicina dello Sport

Dott. Emanuele Facchinetti, Specialista in Medicina dello Sport

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ il _____

CF _____ CI _____

STORIA FAMILIARE

Hai un qualsiasi membro della famiglia o parente morto per problemi cardiaci o che ha avuto una morte improvvisa inaspettata o inspiegabile prima dell'età di 50 anni (compreso infarto miocardico prematuro, annegamento, incidente d'auto inspiegato o sindrome della morte improvvisa infantile)?

SI NO

Hai un qualsiasi membro della famiglia o parente con inspiegabili svenimenti, crisi convulsive, incidenti d'auto inspiegati, pre-annegamento?

SI NO

Hai un qualsiasi membro della famiglia o parente con qualche problema cardiaco invalidante, pacemaker o defibrillatore impiantati, trapianto cardiaco, chirurgia cardiaca o trattato per battito cardiaco irregolare (aritmie)?

SI NO

Hai un qualsiasi membro della famiglia o parente con cardiomiopatia ipertrofica, cardiomiopatia dilatativa, sindrome di Marfan, cardiomiopatia aritmogena del ventricolo destro, sindrome del QT lungo, sindrome del QT corto, sindrome di Brugada, tachicardia ventricolare polimorfa catecolaminergica, cardiopatia ischemica <55 anni se maschi, <65 se femmine?

SI NO

Hai un qualsiasi membro della famiglia o parente con diabete, tumori, ipertensione arteriosa (pressione alta), asma e malattie allergiche, malattie respiratorie, malattie neurologiche, malattie del sangue?

SI NO

Crema, _____

Firma _____

STORIA PERSONALE

Hai mai avuto perdita dei sensi (svenimento-sincope) o quasi-perdita-dei-sensi (quasi svenimento-sincope) durante/dopo/non correlato esercizio-sforzo fisico?

SI NO

Hai mai avuto malessere, dolore al torace, pressione o costrizione toracica durante/dopo/non correlato esercizio-sforzo fisico?

SI NO

Hai mai avuto capogiri, vertigini durante/dopo/non correlato esercizio-sforzo fisico?

SI NO

Hai mai avuto fiato corto (affanno) o fatica eccessiva, più di quello che ti aspettavi o superiore ai tuoi compagni durante/dopo/non correlato esercizio-sforzo fisico?

SI NO

Hai mai avuto problemi respiratori (difficoltà di respiro, costrizione toracica, fischi, tosse) durante/dopo/non correlato esercizio-sforzo fisico?

SI NO

Hai mai avuto un battito cardiaco troppo accelerato (palpitazioni, cardiopalmo) o che salti qualche battito (battiti irregolari-extrasistoli) durante/dopo/non correlato esercizio-sforzo fisico?

SI NO

Un medico ti ha mai detto che hai qualsiasi problema cardiaco, pressione arteriosa alta, colesterolo alto, un soffio al cuore, una aritmia cardiaca, una infezione al cuore nell'ultimo mese (ad esempio miocardite, mononucleosi), una crisi convulsiva inspiegata, febbre reumatica?

SI NO

Un medico ti ha mai detto che hai asma, crisi convulsive, epilessia, problemi di salute che impediscono lo sport, diabete, obesità, malattie ortopediche, malattie neurologiche, malattie respiratorie?

SI NO

Altre patologie note da segnalare: _____

Un medico ti ha mai ordinato un test per il cuore, per esempi ECG, Holter o ECO?

SI NO

Hai qualche allergia (per esempio pollini, polvere, medicine, cibi, punture d'insetto)?

SI NO

Crema, _____

Firma _____

Hai mai avuto arrossamenti, orticaria o eruzioni cutanee durante o dopo esercizio-sforzo fisico?

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?

SI NO

STORIA SPORTIVA

Tipo di sport: _____

Ruolo/specialità: _____

Dall'età-all'età (espresso in anni): _____

Durata allenamento in minuti: _____

Numero di allenamenti alla settimana: _____

Numero di competizioni alla settimana: _____

ALTRE NOTIZIE

Professione: _____

- esposizione a rischi _____

- da anni _____

Fumo SI NO

- sigarette 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 _____

Crema, _____

Firma _____

STUDIO PRIVATO DI MEDICINA DELLO SPORT
XX SETTEMBRE

Dott. Brunello Pazzoni, Specialista in Medicina dello Sport

Dott. Emanuele Facchinetti, Specialista in Medicina dello Sport

CONSENSO INFORMATO AL TEST DA SFORZO

Crema, _____

Il sottoscritto _____ nato il _____ a _____

C.F. _____

DICHIARA

di essere stato informato dal medico in merito alle finalità per cui devo essere sottoposto a test da sforzo e che a tale prova è connesso il rischio di sviluppo di aritmie ipercinetiche e/o ischemia inducibili dall'esercizio fisico.

Dichiara inoltre di essere stato informato del fatto che tale esame è necessario per ottenere l'idoneità alla pratica sportiva agonistica.

Al sottoscritto è stato garantito che tale prova sarà terminata immediatamente in caso di comparsa di sintomatologia e/o alterazioni del tracciato elettrocardiografico che indichino un potenziale rischio per la salute.

In fede (firma del tutore legale in caso di minorenne)
