****

 **Studio medico Dr Sergio Maiuri**

**SCHEDA DA COMPILARE**

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

L*a visita che effettuerete presso il nostro centro, ci consentirà di stabilire l’idoneità alla pratica sportiva agonistica*

*o non agonistica.*

*È indispensabile la Vostra collaborazione nel compilare il seguente modulo in modo attento e scrupoloso,*

*onde evitare omissioni, che potrebbero compromettere il nostro giudizio alla pratica dello sport prescelto.*

*Il documento ha validità medico legale.*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Cognome e Nome…………............……………………………………………………………………………………

Luogo di nascita……………..................………………Data di nascita…………….…… Età compiuta…….……

Indirizzo……………….........…..................…………Città……………………Telefono……………………………

Documento d’identità N°………………...................……..........……Codice fiscale….......………………………

Attività lavorativa…………............................................……………… E. mail…...............…………………………

Società sportiva……………………....................................……Sport principale……....…….....…………………

Praticato da anni…….......………N° allenamenti settimanali…….....………N° ore al giorno………..….........……

Fumo: NO □ SI □ (n° sigarette al dì………………)

Alcolici: Abitualmente □ Saltuariamente □ Mai □ - Quali? Birra □ Vino □ Superalcolici □

Per le donne: Età prima mestruazione……...........…………Data ultimo ciclo……........................……..…...…

**MALATTIE DELLA FAMIGLIA DELL’ATLETA**

Hai un membro della famiglia deceduto per morte improvvisa prima di 50 anni? NO □ SI □

Hai un membro della famiglia con inspiegabili svenimenti o sincopi? NO □ SI □

Ci sono malattie cardiache in famiglia? (es. aritmia, infarto, intervento chirurgico al cuore)? NO □ SI □

Altre malattie della famiglia (es. ipertensione, diabete, ecc.) NO □ SI □

**MALATTIE DELL’ATLETA**

Nel corso degli ultimi 2 mesi hai avuto un calo improvviso delle prestazioni atletiche? NO □ SI □

Hai mai avuto perdita di sensi (quasi svenimento, lipotimia, o sincope)? NO □ SI □

In caso affermativo è successo durante o dopo esercizio fisico? NO □ SI □

Hai mai avuto un battito cardiaco troppo accelerato a riposo o irregolare? NO □ SI □

Hai mai avuto dolore al torace oppressione o costrizione toracica? NO □ SI □

Ti hanno mai detto che hai un soffio al cuore? NO □ SI □

Hai mai fatto accertamenti cardiologici approfonditi Ecocardiogramma Holter o altri? NO □ SI □

Soffri di allergie? NO □ SI □ Infezione da Sars-CoV2 (COVID 19) NO □ SI □

Usi abitualmente farmaci? NO □ SI □ …………….... Sei stato ricoverato per Covid ? NO □ SI □

Ipertensione Arteriosa NO □ SI □ Diabete NO □ SI □

Ipercolesterolemia NO □ SI □ Aritmia cardiaca NO □ SI □

Malattie cardiache NO □ SI □ Asma /Malattie respiratorie NO □ SI □

Epilessia /Convulsioni NO □ SI □ Malattie ortopediche NO □ SI □

Altre malattie NO □ SI □ quali?………………………………………………………………………..................................

Hai mai avuto ricoveri ospedalieri o interventi chirurgici? Specifica………………………………………………………

Hai mai avuto traumi cranici fratture o infortuni? Specifica………………………………………………........................

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*II sottoscritto afferma di aver dichiarato il vero circa le proprie condizioni psico-fisiche, di non essere mai stato*

*dichiarato non idoneo alle precedenti visite, che non ha in corso sospensioni né si trova in attesa di giudizio di*

*idoneità da parte di altro centro. Dichiara inoltre di non far uso di droghe, sostanze illecite o dopanti. Rilascia*

*la propria autorizzazione a effettuare la visita.*

*Data................……… Firma leggibile dell’atleta o del genitore………….................…………………………*

*PER LA TUTELA DELLA VOSTRA SALUTE, PUÒ CAPITARE, CHE IL MEDICO RICHIEDA ULTERIORI*

*ACCERTAMENTI PER IL RILASCIO DELLA CERTIFICAZIONE.*