



Verona, .....

COGNOME.....

NOME.....

DATA NASCITA.....

**Ti PREGHIAMO di LEGGERE con ATTENZIONE e RISPONDERE alle  
DOMANDE**

**Hai mai ricevuto giudizio di NON IDONETA' all'ATTIVITA' SPORTIVA?** NO  SI

**Hai mai eseguito ACCERTAMENTI SUPPLEMENTARI alla visita medico-sportiva?** NO  SI

**👉 Nella FAMIGLIA d'ORIGINE dell'ATLETA (genitori, fratelli, zii, nonni) ci sono stati CASI di:**

**MORTE IMPROVVISA per MALATTIA CARDIOVASCOLARE** NO  SI

quale familiare:.....

età decesso:.....

**MALATTIE del CUORE** (*cardiomiopatia dilatativa, cardiomiopatia ipertrofica, cardiomiopatia aritmogena del ventricolo destro, Sindrome del QT lungo/corto, S. di Brugada*): NO  SI

quale familiare.....

**INFARTO CARDIACO** NO  SI

quale familiare.....

a quale età .....

**IPERTENSIONE ARTERIOSA** NO  SI

quale familiare.....

**DISLIPIDEMIA** (valori di colesterolo e/o trigliceridi elevati) NO  SI

quale familiare.....

**DIABETE** NO  SI

quale familiare.....

ALTRO.....

.....

.....

## INFORMAZIONI riguardanti l'ATLETA

Hai avuto: **LIPOTIMIE, EPISODI SINCOPALI** (svenimento, perdita di coscienza)

**CARDIOPALMO** (battito cardiaco accelerato o irregolare), **DISPNEA** (difficolta' di respiro),

**DOLORE TORACICO** NO  SI

descrivi l'evento.....  
.....  
.....

**FEBBRE REUMATICA** NO  SI

**EPATITE VIRALE** NO  SI  Se sì: A, B, C?

**MONONUCLEOSI** NO  SI  Se sì, quando?.....

**EPILESSIA** NO  SI  Se sì, che farmaci assumi?.....

**DIABETE** NO  SI  Se sì, che farmaci assumi?.....

**ASMA BRONCHIALE** NO  SI  Se sì, che farmaci assumi?.....

**ALLERGIE** NO  SI  Se sì, che farmaci assumi?.....

**MALATTIE CARDIACHE** NO  SI  Se sì, quale?.....

**IPERTENSIONE ARTERIOSA** NO  SI  Se sì, che farmaci assumi?.....

**MALATTIE RENALI** NO  SI  Se sì, quale?.....

**MALATTIE ORMONALI** NO  SI  Se sì, quale?.....

ALTRO.....  
.....

**TRAUMI CRANICI E FRATTURE** NO  SI  Se Sì:.....  
.....

**INTERVENTI CHIRURGICI E RICOVERI OSPEDALIERI** NO  SI  Se Sì:.....  
.....

**PATOLOGIE IN ATTO** NO  SI  Se Sì:.....  
.....

**USO ABITUALE DI FARAMACI o TERAPIA IN ATTO** NO  SI  Se Sì .....  
.....

Il sottoscritto.....dichiara di

aver informato il medico visitatore riguardo le proprie condizioni psico-fisiche in modo esatto.

Sottoscrive di non essere stato dichiarato NON IDONEO in precedenti visite medico-sportive e di

aver ben compreso il significato delle domande formulate.

Esprime inoltre, ai sensi dell'attuale legge sulla Privacy (D.Lgs n° 196/2003), il consenso a trattare i propri dati personali e sensibili per le finalità connesse alla propria richiesta di idoneità alla pratica sportiva.

FIRMA DELL'ATLETA O DI CHI NE FA LE VECI.....