

CHECK LIST ANAMNESTICA PER IL GIUDIZIO DI IDONEITÀ ALLO SPORT AGONISTICO

Il paziente

COGNOME e NOME			
Nato/a a		In data	

Eventuale Per il paziente qui sopra indicato, il sottoscritto

COGNOME e NOME			
Nato/a a		In data	
Cod. Fis.			

In qualità di suo:

☐ genitore
 ☐ caregiver
 ☐ tutore
 ☐ curatore
 ☐ amministratore di sostegno
 ☐ (altro)

A. Storia familiare

Domande		Risposte	
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)?		NO	SI
Hai un qualsiasi membro della famiglia o parente con	inspiegabili svenimenti, crisi convulsive, incidenti d'auto inspiegati, pre-annegamento?	NO	SI
	qualche problema cardiaco invalidante, pacemaker o defibrillatore impiantati, trapianto cardiaco, chirurgia cardiaca, o trattato per battito cardiaco irregolare (aritmie)?	NO	SI
	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?	NO	SI
	diabete, tumori, ipertensione arteriosa (pressione alta), asma e malattie allergiche, malattie respiratorie, malattie neurologiche, malattie del sangue?	NO	SI

B. Storia personale

Domande		Risposte	
Hai mai avuto perdita dei sensi (svenimento-sincope) o	durante, dopo o non correlato all' esercizio	NO	SI

Società e Salute S.p.A.



Sede legale: via Temperanza, 6 - 20127 Milano - cmsantagostino@legalmail.it
 Capitale sociale i.v. Euro 2.423.893,30 - Registro delle Imprese di Milano, C.F. 05128650966 - P.IVA 03740811207 - R.E.A. 1798600
 Società unipersonale soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol S.p.A. e facente parte del Gruppo Assicurativo
 Unipol iscritto all'Albo delle società capogruppo al n. 046
 santagostino.it

Approvato dalla Direzione Sanitaria

quasi- perdita dei-sensi (quasi svenimento-sincope)?	fisico		
Hai mai avuto malessere, dolore al torace, pressione o costrizione toracica?	durante, dopo o non correlato all' esercizio fisico	NO	SI
Hai mai avuto capogiri, vertigini?	durante, dopo o non correlato all' esercizio fisico	NO	SI
Hai mai avuto fiato corto (affanno) o fatica eccessiva, più di quello che ti aspettavi o superiore ai tuoi compagni?	durante, dopo o non correlato all' esercizio fisico	NO	SI
Hai mai avuto problemi respiratori (difficoltà di respiro, costrizione toracica, fischi, tosse)?	durante, dopo o non correlato all' esercizio fisico	NO	SI
Hai mai avuto un battito cardiaco troppo accelerato (palpitazioni, cardiopalmo) o che salti qualche battito (battiti irregolari-extrasistoli)?	durante, dopo o non correlato all' esercizio fisico	NO	SI
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?		NO	SI
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?		NO	SI
Un medico ti ha mai ordinato un test per il cuore, per esempio ECG (elettrocardiogramma), Holter (registrazione dell'elettrocardiogramma per 24 ore) o ecocardiogramma?		NO	SI
Hai qualche allergia (per esempio pollini, polvere, medicine, cibi, punture d'insetto)?		NO	SI
Hai mai avuto arrossamenti, orticaria o eruzioni cutanee durante o dopo esercizio-sforzo fisico?		NO	SI
Attualmente stai facendo qualche cura, usando farmaci (qualsiasi tipo) su prescrizione medica o "da banco" (senza ricetta) o pillole o inalatori?		NO	SI
Negli ultimi 2 anni hai preso farmaci in maniera costante?		NO	SI

C. Storia sportiva

tipo di sport	ruolo/ specialità	dall'età in anni	all'età in anni	durante allenamento in minuti	n. allenamenti alla settimana

FIRMA DEL PAZIENTE

(genitore/rappresentante legale)