

Visita d'idoneità per la pratica agonistica

Cognome	nome	
data di nascita	luogo di nascita	
residenza	cod. postale	via
professione	telefono	
È stato in precedenza dichiarato NON IDONEO? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		

Malattie in famiglia: (genitori, fratelli, sorelle, nonni)

1. Ha parenti stretti deceduti per infarto cardiaco sotto i 55 anni? Se sì, chi? _____ a che età? _____ anni	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
2. Ci sono state in famiglia morti improvvise per arresto cardiaco? Se sì, chi? _____ a che età? _____ anni	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
3. Ci sono diabetici in famiglia (diabete mellito)? Se sì, chi? _____ a che età? _____ anni	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
4. Si sono verificati ictus in famiglia? Se sì, chi? _____ a che età? _____ anni	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No

Malattie precedenti

5. Ho avuto delle malattie gravi in precedenza Se sì, quali? _____	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
6. Operazioni subite? <input type="checkbox"/> tonsille _____ quando? _____ <input type="checkbox"/> appendicite _____ quando? _____ <input type="checkbox"/> ernia inguinale _____ quando? _____ <input type="checkbox"/> altre _____ quando? _____		
7. Incidenti/fratture/interventi sulle articolazioni? Se sì, quali/e? _____ quando? _____	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No

Malattie recenti

8. Le è stata diagnosticata una malattia cardiaca? Se sì, quale/da quando? _____	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
9. Altre malattie conosciute? Se sì, quali/da quando? _____	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
10. Si sente malato? Se sì, di quali disturbi soffre? _____	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No

Domande particolari

11. Negli ultimi due anni durante la pratica sportiva ha sofferto di:		
➢ Svenimenti improvvisi (colasso)? Se sì, da quando? _____	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
➢ Vertigini? Se sì, da quando? _____	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
➢ Dolori cardiaci? Se sì, da quando? _____	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
➢ Battito cardiaco irregolare durante e dopo la pratica sportiva? Se sì, da quando? _____	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
➢ Mancanza d'aria? Se sì, da quando? _____	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
➢ Attacchi epilettici? Se sì, da quando? _____	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
12. Soffre di pressione alta? Se sì, da quando? _____	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
13. Vista: soffre di alterazioni della vista? <input type="checkbox"/> porta occhiali <input type="checkbox"/> lenti a contatto <input type="checkbox"/> altro _____	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No

▶▶▶▶ (vedasi retro)

