



**DIPARTIMENTO SPECIALISTICO TERRITORIALE
S.C. PATOLOGIE CARDIOVASCOLARI**

Tel. 040/3992902
Fax 040/3992935

Ospedale Maggiore, Via Slataper 9, 34125 Trieste
e-mail: ccv@asugi.sanita.fvg.it

Direttore: dott. Andrea Di Lenarda

**Ambulatorio Medicina dello sport - Sede di Monfalcone
Ospedale Monfalcone - Piastra A_via Galvani,1 - Piano 2
Telefono 040/3992902 – FAX 040399/2935 – cellulare 3296344146
E-mail: ccv@asugi.sanita.fvg.it – donatella.radini@asugi.sanita.fvg.it
Medico responsabile: dr. Andrea Di Lenarda
Medici referenti: Dr.ssa Arianna Ius – Dr Luca Mengozzi – Dr.ssa Irena Tavcar**

CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELLO STEP TEST

Io sottoscritto/a accetto e/o autorizzo l'esecuzione dello Step test per tre minuti.
Sono stato/a informato/a dalla dr.ssa/dott.
sulle modalità di esecuzione dell'esame.
Il soggetto sale e scende da un gradino ad un ritmo di 30 gradini al minuto per 3 minuti.
Il test può essere interrotto prima del termine dei 3 minuti in caso di esaurimento muscolare, dolore toracico, dispnea o altri sintomi che precludono la prosecuzione dell'esame.
Pressione arteriosa, frequenza cardiaca ed elettrocardiogramma sono rilevati prima e dopo la prova.
I rischi della prova includono comparsa di ischemia miocardica, aritmie cardiache, scompenso cardiaco ed eventuali traumi accidentali da caduta.
Il personale è addestrato ed esperto per ogni emergenza. Le apparecchiature sanitarie per affrontare un'eventuale urgenza sono prontamente disponibili.

Luogo e data.....___/___/___

Dott./Dr.ssa

Firma del dichiarante.....
Se minore: Il genitore.....
Legale rappresentante

Tutore

Esercente la potestà genitoriale



**DIPARTIMENTO SPECIALISTICO TERRITORIALE
S.C. PATOLOGIE CARDIOVASCOLARI**

Tel. 040/3992902
Fax 040/3992935

Ospedale Maggiore, Via Slataper 9, 34125 Trieste
e-mail: ccv@asugi.sanita.fvg.it

Direttore: dott. Andrea Di Lenarda
Ambulatorio Medicina dello sport - Sede di Monfalcone
Ospedale Monfalcone - Piastra A_via Galvani,1 - Piano 2
Telefono 040/3992902 – FAX 040399/2935 E-mail: ccv@asugi.sanita.fvg.it

Medico responsabile: dr. Andrea Di Lenarda
Medici referenti: Dr.ssa Arianna Ius – Dr. Luca Mengozzi
SCHEDA ANAMNISTICA DELL'ATLETA

(da compilare a cura dell'atleta o di uno dei genitori per i minori di anni 18)

(Atleta) Cognome: Nome: Data di nascita .../.../.....
Cell.(genitore se minorenni): Email:.....
Attività di studio/lavoro:

ANAMNESI SPORTIVA

Prima visita Rinnovo È stato dichiarato **NON IDONEO** in visite precedenti? NO SI

Sport per il quale è richiesta la visita:	Da quanti anni pratica questo sport?
Società:	Quante ore dedica alla settimana?

Pratica altri sport? Se sì, quali e quante ore alla settimana vi dedica?

ANAMNESI FAMILIARE barrare le caselle in caso di parente affetto (padre, madre, fratelli, sorelle, nonni paterni/materni dell'atleta) e specificare il parente che soffre o abbia sofferto di :

Malattie di cuore	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	Diabete mellito	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Morte improvvisa	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	Mal. Tiroidee	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Infarto del miocardio	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	Mal. Polmonari	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Cardiomiopatie	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	Celiachia	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Ipertensione	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	Ictus/Mal. Neurologiche	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Colesterolo alto	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	Tumori (quali?)	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Obesità	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	Asma bronchiale	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Malattie genetiche	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	Allergie (quali?)	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>

Note

ANAMNESI FISILOGICA

È nato a termine (sopra 32 settimane) NO SI note

Vaccinazione antitetanica NO SI ultimo richiamo: (compresa in
vaccinazioni obbligatorie dalla nascita)

Assume regolarmente farmaci e/o integratori alimentari NO SI Se sì, quali

Ha eseguito esami del sangue nell'ultimo anno? NO SI
 Se sì, erano presenti alterazioni? NO SI Se sì, quali

Dieta	Varia <input type="checkbox"/>	Vegana <input type="checkbox"/>	Vegetariana <input type="checkbox"/>	Speciale <input type="checkbox"/>
Fumo		NO <input type="checkbox"/>	EX <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Quante sigarette al giorno e da quanto tempo.....
Beve alcolici		NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/>	quanto?
Beve caffè/the/coca-cola		NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/>	quanto?
Età prima mestruazione	anni		Data ultima	mestruazione	/ /
Anomalie del ciclo mestruale		NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/>	note
Gravidanze		NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/>	

ANAMNESI PATOLOGICA

Attualmente ha problemi di salute? NO SI

Ha sempre goduto di buona salute? NO SI

L'atleta ha sofferto / Soffre di:

- | | | | | | |
|-------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Allergie | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | Diabete mellito | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| Asma bronchiale | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | Colesterolo elevato | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| Altre mal. respiratorie | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | Malattie gastro-intestinali | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| Otiti/Sinusiti | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | Malattie del fegato/vic biliari | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| Anemia | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | Malattie dei reni/vic urinarie | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| Epilessia | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | Malattie muscolo-scheletriche | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| Svenimenti | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | Malattie neurologiche | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| Malattie di cuore | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | Malattie tiroidee | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| Palpitazioni | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | Altre malattie endocrine | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| Dolore toracico | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | Neoplasie (Tumori) | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| Vertigini | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | Malattie psichiatriche | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| Malattie oculari | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | Alterazioni alvo/diuresi | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| Pressione elevata | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | Disturbi del sonno | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |

Note:.....

Ha subito: ricoveri ospedalieri? NO SI interventi chirurgici? NO SI

Se sì, indicare motivo del ricovero e/o tipo di intervento ed età:

Ha subito fratture, lussazioni, distorsioni gravi, traumi cranici o altri infortuni NO SI

Se sì, indicare tipo di lesione ed età:

Usa plantari/talloniere NO SI motivo:

Usa occhiali/lenti a contatto NO SI motivo:

Io sottoscritto dichiaro che tutti i dati personali ed anamnestici nella fase preliminare della visita, inerenti a patologie acute o croniche passate e presenti sono veri e riferiti dallo stesso o se minore accompagnato, dall'accompagnatore responsabile (ove necessario supportati da documentazione sanitaria accessoria), senza errori od omissioni che possano compromettere od ingannare il giudizio medico, di essere a conoscenza che alcol e fumo danneggiano la salute. Delego i dirigenti preposti della società o federazione sportiva di appartenenza al ritiro del mio certificato di idoneità.

Luogo e data.....

Firma del dichiarante.....

Se minore: Il genitore.....

Legale rappresentante.....Tutore