

Servizio di Medicina dello Sport e Riabilitazione Ortopedica

Direttore Responsabile: Dott. Roberto Filippini

Via S. Marco, 121 - VERONA - Tel. 045.601.36.00 - Fax 045.601.39.88 - E-mail medicina.sport@sacrocuore.it

Data _____

Cognome _____
Nome _____
Data di nascita _____



INFORMAZIONI RIGUARDANTI IL COVID:

HAI AVUTO IL COVID

NO

SÌ

se Sì quando: _____

se Sì quali sintomi: _____

ANAMNESI FAMILIARE

MORTE IMPROVVISA PER MALATTIA

CARDIOVASCOLARE

NO

SÌ

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

SÌ

quale familiare: _____

INFARTO CARDIACO

NO

SÌ

quale familiare: _____

a quale età: _____

IPERTENSIONE ARTERIOSA

NO

SÌ

quale familiare: _____

DISLIPIDEMIA

(valori di colesterolo e/o trigliceridi elevati)

NO

SÌ

quale familiare: _____

DIABETE

NO

SÌ

quale familiare: _____

Altro _____

ANAMNESI DELL'ATLETA

EPILESSIA

NO

SÌ

DIABETE

NO

SÌ

ASMA BRONCHIALE

NO

SÌ

ALLERGIE

NO

SÌ

MALATTIE CARDIACHE

NO

SÌ

IPERTENSIONE ARTERIOSA

NO

SÌ

DISLIPIDEMIA

NO

SÌ

FUMO

NO

SÌ

ALTRE MALATTIE

NO

SÌ

quali: _____

USO ABITUALE DI FARMACI

NO

SÌ

quali: _____

PATOLOGIE IN ATTO

NO

SÌ

quali: _____

TRAUMI CRANICI E FRATTURE

NO

SÌ

se Sì: _____

INTERVENTI CHIRURGICI E RICOVERI OSPEDALIERI

NO

SÌ

se Sì: _____

Altro _____

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 mediche-sportive e di aver ben compreso il significato delle domande formulate.

Firma dell'atleta maggiorenne o di chi ne fa le veci _____