Med cliniq
POLIAMBULATORI

Med Cliniq - Poliambulatori
Via Bassa 2/F, Sommacampagna (VR)
Tel: +39 3514869238
Email: info@medcliniq.it
www.medcliniq.it

QUESTIONARIO ANAMNESTICO PRE-CERTIFICAZIONE

Attività sportiva non agonistica

Compilare ogni domanda e barrare una sola risposta. In caso di dubbio barrare SÌ e specificare. Per il minore il modulo è compilato dal genitore o tutore. Portare eventuali referti cardiologici ed ECG precedenti.

1. DATI DEL PAZIENTE

Cognome e nome: _____	Codice fiscale: _____
Nato/a a: _____ il: ____ / ____ / _____	Telefono: _____
Indirizzo: _____	E-mail: _____

2. ATTIVITÀ PER CUI È RICHIESTO IL CERTIFICATO

Sport/disciplina praticata: _____	Ore settimanali circa: _____
Società / associazione / scuola: _____	Ente / Federazione / EPS: _____
Richiesta per: ☐ società/ente sportivo ☐ attività scolastica parascolastica ☐ giochi studenteschi (fase non nazionale)	N. tessera (se disponibile): _____
☐ Prima certificazione ☐ Rinnovo Ultimo certificato: ____ / ____ / _____ Eventuali limitazioni: _____	

3. SINTOMI E PRECEDENTI CARDIOVASCOLARI

DOMANDA	NO	SÌ
Durante o subito dopo uno sforzo ha mai avuto dolore, peso o oppressione al torace?	☐	☐
Ha mai avuto svenimenti, perdita di coscienza o sensazione di svenimento non spiegata, soprattutto sotto sforzo?	☐	☐
Durante lo sforzo presenta affanno, stanchezza o riduzione della prestazione sproporzionati rispetto agli altri?	☐	☐
Ha mai avvertito palpitazioni o episodi di battito molto rapido o irregolare?	☐	☐
Le è mai stato diagnosticato soffio cardiaco, pressione alta, malattia cardiaca o cardiopatia congenita?	☐	☐
Le è mai stato negato, sospeso o limitato un certificato sportivo, oppure è stato inviato a visita cardiologica?	☐	☐
Tra genitori, fratelli/sorelle o figli vi sono stati decessi improvvisi o inspiegati prima dei 50 anni, anche durante sport?	☐	☐
In famiglia vi sono cardiomiopatie, aritmie ereditarie (es. QT lungo, Brugada), aneurisma aortico o sindrome di Marfan?	☐	☐
In famiglia qualcuno ha avuto pacemaker o defibrillatore impiantabile in giovane età?	☐	☐

Se ha barrato SÌ, indicare domanda, episodio/diagnosi, data e accertamenti eseguiti:

Med Cliniq - Poliambulatori
Via Bassa 2/F, Sommacampagna (VR)
Tel: +39 3514869238
Email: info@medcliniq.it
www.medcliniq.it

4. ANAMNESI GENERALE

DOMANDA	NO	SÌ
Soffre o ha sofferto di asma, respiro sibilante, bronchite ricorrente o difficoltà respiratoria durante esercizio?	☐	☐
Ha avuto convulsioni, epilessia, importanti traumi cranici o altre malattie neurologiche?	☐	☐
Soffre di diabete, colesterolo elevato, malattie della tiroide o altre patologie metaboliche?	☐	☐
Soffre di malattie croniche renali, epatiche, autoimmuni, ematologiche o di anemia importante?	☐	☐
Ha avuto allergie gravi, anafilassi o reazioni importanti a farmaci, alimenti o punture d'insetto?	☐	☐
Ha lesioni, dolore o limitazioni di muscoli, ossa o articolazioni che potrebbero interferire con lo sport?	☐	☐
Nelle ultime 4 settimane ha avuto febbre/infezione importante, dolore toracico, affanno o stanchezza persistente?	☐	☐
Ha subito ricoveri, interventi chirurgici o traumi rilevanti?	☐	☐
Fuma attualmente o ha fumato in passato?	☐	☐
Solo se applicabile: è in gravidanza o sospetta una gravidanza?	☐	☐
Ha altre malattie, disturbi o condizioni di salute non indicati sopra che ritiene opportuno riferire?	☐	☐

Patologie, ricoveri, interventi o traumi (specificare anche l'anno):

Farmaci assunti abitualmente o di recente *(compresi inalatori, integratori, stimolanti o prodotti per la performance):*

Allergie e tipo di reazione:

Fumo: ☐ mai ☐ ex fumatore ☐ attuale Sigarette/die: _____ Da quanti anni: _____

5. ECG E VALUTAZIONI PRECEDENTI

ECG a riposo eseguito almeno una volta: ☐ NO ☐ SÌ	Data ultimo ECG: ____ / ____ / _____
Referto ECG disponibile/allegato: ☐ NO ☐ SÌ	Luogo/medico: _____
Visite cardiologiche o medico-sportive precedenti: ☐ NO ☐ SÌ Quando/esito: _____	

6. DICHIARAZIONE DEL PAZIENTE O DEL GENITORE/TUTORE

Dichiaro, per quanto a mia conoscenza, che le informazioni fornite sono veritiere, complete e aggiornate e di non aver omesso sintomi, diagnosi o terapie rilevanti. Mi impegno a informare il medico di eventuali variazioni. Sono consapevole che il presente questionario supporta, ma non sostituisce, l'anamnesi e la valutazione clinica del medico, che può richiedere documentazione o accertamenti ulteriori e differire o non rilasciare il certificato.

Luogo e data: _____	Firma del paziente maggiorenne: _____
Se minore – nome e cognome del genitore/tutore: _____	Firma del genitore/tutore: _____
Codice fiscale del genitore/tutore: _____	Qualità: ☐ genitore ☐ tutore

Questionario di supporto alla raccolta anamnestica prevista dal D.M. 8 agosto 2014. Il modulo è acquisito agli atti con la documentazione della visita e trattato secondo l'informativa privacy della struttura.