

QUESTIONARIO ANAMNESTICO ATLETI MINORENNI

Gent.mo genitore,

ci è indispensabile per la visita medico sportiva agonistica la compilazione del seguente questionario in ogni sua parte (anche in caso di negatività o assenza di malattia). Particolare attenzione va posta alla familiarità per malattie cardiache e metaboliche (diabete) e a tutto ciò che riguarda il minore.

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
residente a _____ via _____ tel _____
padre/madre del minore _____

dichiara che quanto esposto nel seguente modulo corrisponde alla realtà e che il minore **non è mai stato dichiarato non idoneo in precedenti visite medico sportive agonistiche.**

IN FAMIGLIA (genitori, fratelli, sorelle, nonni, zii, cugini) qualcuno ha sofferto di:

Malattie cardiache e/o circolatorie (infarto, ipertensione, aritmie, cardiomiopatie valvolari...)

NO SI chi? quali? _____

A che età? _____

Diabete mellito NO SI chi? _____ fa insulina NO SI

Malattie endocrine (tiroide, surreni, ipofisi) NO SI quali? _____

Malattie respiratorie NO SI quali? _____

Malattie neurologiche NO SI quali? _____

Morti improvvise NO SI chi? _____ perchè? _____ a che età? _____

Altre malattie quali? _____

IL MINORE

Malattie comuni dell'infanzia (morbillo, rosolia, varicella, pertosse, parotite)

NO SI quali? _____

Soffre o ha sofferto di

Diabete mellito NO SI fa insulina NO SI

Malattie cardiache NO SI quali? _____

Malattie respiratorie NO SI quali? _____

Malattie neuropsichiatriche NO SI quali? _____

Epilessia NO SI _____

Altre malattie quali? _____

Interventi chirurgici (tonsille, adenoidi, appendicite, ernia inguinale, altro)

NO SI quali? _____

Infortuni (fratture, distorsioni, lussazioni, traumi cranici, altro)

NO SI quali? _____

E' mai stato ricoverato NO SI perchè? _____

Assume farmaci NO SI quali? _____

Eventuali altre segnalazioni _____

Indossa occhiali e/o lenti a contatto per correggere disturbi della vista? NO SI

Se sì, precisare per quale difetto visivo _____

Io sottoscritto _____ in qualità di padre/madre del minore _____

Dichiaro di aver esattamente informato il medico delle attuali e precedenti condizioni di mio figlio/figlia.

Esprimo consenso all'utilizzo dei dati ai fini statistici e scientifici ed all'effettuazione di tutti gli accertamenti necessari al rilascio dell'idoneità sportiva.

Data _____

firma del genitore _____

REGIONE PIEMONTE
ASL NO
S.C. SERVIZIO IGIENE E SANITA' PUBBLICA
Funzione di MEDICINA dello SPORT
Direttore Dottore Aniello Esposito
v.le Roma, 7- 28100 Novara
tel. 0321/374340 fax. 0321/374341
v.le Zoppis, 6- 28021 Borgomanero
Studio Medico tel. 0322/848615 – Ambulatorio tel. 0322/848372
Segreteria tel. 0322/848364 – fax 0322/848271
medsportiva.nov@asl.novara.it
medsportiva.bor@asl.novara.it

COGNOME NOME

CONSENSO INFORMATO

Allo scopo di accertare l'idoneità alla pratica sportiva agonistica accetto di essere sottoposto al test da sforzo (effettuato con il cicloergometro). Prima di sottopormi al test sono stato informato sulle modalità di esecuzione dell'esame (vedi sotto) e sarò visitato dal medico specialista il quale accerterà che non sussistono controindicazioni. Sono stato inoltre informato che dovrò avvertire il medico della comparsa di dolore al petto o di ogni altro disturbo. Sono a conoscenza che il test, in rarissimi casi, può far insorgere problemi potenzialmente pericolosi ma anche che il personale e le attrezzature necessarie per fronteggiare un'urgenza sono disponibili in ogni momento. Ho letto e compreso quanto sopra specificato.

In conclusione, il sottoscritto consente l'esecuzione dell'accertamento proposto. Dichiaro di essere stato adeguatamente informato sulle motivazioni che inducono a praticare il suddetto accertamento, sulle finalità conoscitive che a mezzo di esso sono perseguibili ed infine sulla natura dei rischi che possono verificarsi durante la sua effettuazione od in conseguenza di esso.

Data _____

firma del genitore _____

INDICAZIONI E MODALITA' DI ESECUZIONE DEL TEST DA SFORZO

L'esercizio consiste nel pedalare a velocità costante contro una resistenza progressivamente crescente, secondo criteri stabiliti di volta in volta in relazione al peso del soggetto in esame. Viene misurata la potenza in Watt ed il lavoro totale. Tale test permette di poter controllare l'ecg prima, durante e dopo la prova (sforzo). Fornisce indispensabili informazioni per una completa valutazione della capacità funzionale dell'atleta in esame. Ricordiamo che la capacità funzionale è definita come l'attitudine a svolgere in modo adeguato un lavoro muscolare. Il test al cicloergometro fornisce informazioni sull'abilità fisica di un soggetto rivelando le ripercussioni emodinamiche, ventilatorie e metaboliche indotte dallo sforzo, e quindi dall'attività sportiva in genere, sul sistema cardiovascolare. Presenta come unico svantaggio l'esigenza che il soggetto sappia pedalare. In sostanza è un metodo di indagine che mediante uno sforzo fisico progressivo aumenta il lavoro del cuore all'incrementarsi della prestazione o fino al raggiungimento di un eventuale squilibrio tra l'apporto ed il consumo di ossigeno. Il profilo della prova da sforzo nel nostro laboratorio è di tipo multifasico triangolare, cioè con incrementi progressivi di carico ogni minuto, per 3 minuti consecutivi. Tale profilo permette di imporre le massime sollecitazioni possibili al cuore.

Nei soggetti sportivi normali il test viene utilizzato per valutare la capacità funzionale; nei soggetti sportivi con cardiopatia per stabilire l'entità della compromissione funzionale che gli deriva dalla malattia allo scopo di selezionare le attività fisiche che superino la possibilità di adattamento cardiovascolare.

Rispettando le opportune precauzioni risultano estremamente bassi gli inconvenienti durante o dopo le prove da sforzo (16 casi su 170.000 test; nessun caso nel nostro servizio sino ad oggi). Di routine, prima di iniziare la prova effettuiamo un ecg in posizione supina e/o seduta. Quindi eseguiamo lo sforzo. Durante la prova, oltre a seguire sul monitor l'ecg, registriamo su carta, alla fine di ogni minuto, le 12 derivazioni complete; al termine dello sforzo e nel recupero registriamo sempre le 12 derivazioni.

Il Medico
(timbro e firma)