

## Questionario medico sportivo

(Versione: 01.08.2019)

Cognome, nome:	Data di nascita:
Via:	Professione:
CAP/Domicilio:	Tel. P:
Email:	Mobile:

Disciplina sportiva:	
Selezione:	Federazione/Club:
Swiss Olympic Card Cat./ Numero:	/

Medico curante <sup>1</sup> (indirizzo/Tel.):
Medico federazione <sup>1</sup> (indirizzo/Tel.):
Fisioterapista <sup>1</sup> (indirizzo/Tel.):

<sup>1</sup>Tutti i termini sono da intendere in forma neutra sia per il sesso maschile che per quello femminile.

### Dichiarazione di consenso:

Mi dichiaro d'accordo che le diagnosi e i reperti rilevati nell'ambito della visita medica sportiva (VMS) vengano trattati in maniera confidenziale nel rispetto del segreto medico. Sono altresì d'accordo che il mio medico curante e il medico della federazione di cui faccio parte abbiano accesso a queste informazioni.

Sono d'accordo che i miei dati, una volta anonimizzati, possano venir utilizzati per fini scientifici allo scopo di migliorare e far progredire lo sport svizzero.

Per le persone minorenni è necessaria la firma del rappresentante legale.

Luogo e Data:

Firma dell'atleta<sup>1</sup> e/o del rappresentante legale<sup>1</sup>:

---

## 1. Famiglia\*

a. Genitori, fratelli e sorelle sono in buona salute?  sì  no

In caso negativo, di che disturbi soffrono?

b. Un membro della sua famiglia (o un parente stretto) soffre o ha sofferto di una delle seguenti malattie?

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Malattia cardiaca      | <input type="checkbox"/> Diabete               | <input type="checkbox"/> Malattia reumatica  |
| <input type="checkbox"/> Ipertensione arteriosa | <input type="checkbox"/> Cancro                | <input type="checkbox"/> Malattia del sangue |
| <input type="checkbox"/> Malattia polmonare     | <input type="checkbox"/> Malattia psichiatrica | <input type="checkbox"/> altre malattie      |
| <input type="checkbox"/> Asma bronchiale        |  |  |

In caso affermativo, precisare:

c. Ha fratelli o sorelle? Praticano anche loro sport?

Fratello/Sorella (Anno di nascita, sesso, disciplina sportiva)

## 2. Valutazione del rischio cardiovascolare\*

a. Quando ha effettuato l'ultima visita medica sportiva (con esame clinico e misura della pressione arteriosa)?

b. Ha effettuato un elettrocardiogramma negli ultimi 2 anni?  sì  no

c. Il suo medico o i suoi genitori le hanno mai detto che soffre di una malattia al cuore e consigliato di praticare sport o attività fisica solo sotto supervisione medica?  sì  no

d. Negli ultimi 2 anni ha sofferto di dolori al petto oppure le è capitato di perdere conoscenza?  sì  no

e. Soffre a riposo o sotto sforzo di tosse, dispnea, oppressione retrosternale o epigastrica??  sì  no

f. Negli ultimi anni è stato dichiarato inabile alle competizioni da un medico oppure conosce una ragione per cui non dovrebbe praticare sport a livello agonistico?  sì  no

g. Le è mai stato prescritto un medicamento contro la pressione alta o per un problema cardiaco?  sì  no

h. Fuma, ha il colesterolo elevato, soffre di ipertensione arteriosa o di diabete mellito?  sì  no

i. Qualcuno nella sua famiglia è deceduto di morte improvvisa prima dei 50 anni e/o membri della sua famiglia (meno di 65 anni) soffrono di malattie cardiovascolari, angina pectoris o sono state sottoposte ad un intervento chirurgico al cuore?  sì  no

Chiarimenti in caso abbiate risposto affermativamente alle domande 2a.-2i.,:

**\*Da compilare solo alla prima VMS, negli anni seguenti le rubriche 1 e 2 possono essere trascurate.**

### 3. Anamnesi personale

a. Soffre attualmente o ha avuto in passato **malattie**, operazioni o disturbi che riguardano:

sì	no	cosa	quando
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiovascolare	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Polmoni	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma bronchiale	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stomaco/intestino	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fegato (itterizia)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reni/Vescica/Prostata	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pelle	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Occhi	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Denti	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Faringe	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Orecchie	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sinusite	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Commozione cerebrale	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sistema nervoso	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilessia	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabete	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergie ai pollini	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergie a medicinali	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Altro	

Quali disturbi sono ancora attuali?

Questi disturbi sono al momento

invariati

migliorati

guariti

Ha dovuto per questo motivo consultare un medico?

sì

no

In caso affermativo, nome e indirizzo del medico:

b. Ha attualmente o ha avuto infortuni/disturbi/operazioni all'**apparato locomotore**?

sì	no		dx	sx	cosa	quando
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Collo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spalle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Braccio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gomito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avambraccio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Polso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schiena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bacino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Coscia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ginocchio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gamba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tendine d'achille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Caviglia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Piede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Altro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Quali disturbi sono ancora attuali?

Queste ferite sono attualmente

invariate

migliorate

guarite

Ha dovuto consultare per questo motivo il medico?

sì  no

In caso affermativo, nome e indirizzo del medico:

c. Usa regolarmente medicinali?

sì  no

In caso affermativo, quali?

d. Ha per dei medicinali specifici una AUT (Autorizzazione all'Uso a fini Terapeutici) rispettivamente una TUE (Therapeutic Use Exemption)?

sì  no

In caso affermativo, quali?

e. Quando ha effettuato l'ultimo controllo dal dentista? (Anno)

f. Negli ultimi 5 anni ha effettuato delle vaccinazioni?

In caso affermativo, quali e quando?

sì  no

#### 4. Benessere/Sonno

a. Quante ore dorme a notte? \_\_\_\_\_ ore

b. Ha difficoltà ad addormentarsi o a dormire senza interruzione?  sì  no

c. Benessere: le seguenti affermazioni si riferiscono al suo stato d'animo *nelle ultime due settimane*. Per ogni affermazione la preghiamo di crociare la colonna che, secondo lei, meglio descrive come si è sentito nelle ultime due settimane.

<i>Nelle ultime due settimane...</i>	Tutto il tempo.	La maggior parte del tempo.	Un po' più della metà del tempo.	Un po' meno della metà del tempo	A volte	Mai	Punti
... ero felice e di buon umore.	5	4	3	2	1	0	
... ero calmo e rilassato.	5	4	3	2	1	0	
... mi son sentito pieno di energia e attivo.	5	4	3	2	1	0	
...mi sono svegliato fresco e riposato.	5	4	3	2	1	0	
... la mia giornata era piena di cose interessanti.	5	4	3	2	1	0	
						<b>Totale:</b>	

#### 5. Peso, alimentazione, integratori, supplementi, alcool, nicotina, droghe.

a. Il suo peso è rimasto costante negli ultimi 2 anni?  sì  no

b. Ha perso o acquistato peso intenzionalmente negli ultimi 2 anni?  
 sì  no

In caso affermativo, perché?

c. Segue una dieta particolare (p.es. senza lattosio, senza glutine, FODMAP o altre.)?  sì  no

In caso affermativo di che tipo e per che motivo? Porti ev. il piano alimentare.

d. Ha un'alimentazione senza carne, vegetariana, vegana, ecc?  sì  no

In caso affermativo, di che tipo?

e. Assume integratori alimentari (carboidrati, proteine, ecc.)?  sì  no

In caso affermativo, cosa, quanto e quando?

f. Assume supplementi (vitamine, magnesio, creatina, carnitina, ecc.)?  sì  no

In caso affermativo, cosa, quanto e quando?

g. Beve regolarmente alcoolici?  sì  no

In caso affermativo, cosa e quanto?

/giorno

h. Fuma o fa uso di altri prodotti contenenti nicotina come Snus (tabacco tra gengive e labbro)?  sì  no

In caso affermativo, da quanti anni?

anni

In caso affermativo, cosa e quanto?

/giorno

i. Ha mai fatto uso di sostanze stupefacenti (p.es. THC, cocaina) o di medicinali atti ad aumentare le prestazioni fisiche (p.es. steroidi anabolizzanti) che sia per via orale o iniezioni?

sì  no

In caso affermativo cosa e quanto?

## 6. Sport/Allenamento

a. Attualmente come è strutturato il suo allenamento?

(Se possibile, indicare quali fattori di condizione fisica vengono allenati (R/Resistenza, F/Forza, V/Velocità, C/Coordinazione)):

Tipo di allenamento	Fattori di condizione fisica	Volume ore/settimana	Sedute / settimana	Osservazioni
Specifico per la disciplina				
Altro				

Esempio di una settimana tipo (compilare con Allenamento/A oppure R/F/V/C (v.sopra); Scuola o Lavoro/SL e Pausa/P)

	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato	Domenica
Mattino							
Mezzog.							
Pomerig.							
Sera							

b. Tiene un diario di allenamento?  sì  no

c. Come dosa l'intensità dell'allenamento (frequenza cardiaca, lattato, sensazione personale, ecc.)?

d. Periodizza il suo allenamento?  sì  no

In caso affermativo, come?

e. Come evolvono le sue prestazioni sportive negli ultimi due anni?

Migliorano

Stagnanti

Peggiorano

Altalenanti

## 7. Recupero/Rigenerazione, Psicologia

a. Con che frequenza effettua attività che favoriscono il recupero/rigenerazione?

Massaggi

Sauna

Bagni

altro

b. Effettua regolarmente dello stretching?

sì  no

c. Effettua regolarmente trattamenti fasciali? (Deep Foam Rolling, p.es. Black Roll)?

sì  no

d. Ha già effettuato dei metodi di allenamento mentale?

sì  no

In caso affermativo, quali?

## 8. Giudizio personale

a. Si sente attualmente in piena forma fisica?

sì  no

In caso negativo, come mai?

## 9. Domande?

Vorrei discutere ancora le seguenti domande: