**Questionario medico sportivo**

(Versione: 01.04.2021)

Cognome, nome:       Data di nascita:

Via:       Professione:

NPA/Domicilio:       Tel. P:

Email:       Mobile:

Disciplina sportiva:

Selezione:       Federazione/Club:

Swiss Olympic Card Cat./ Numero:      /

Medico curante (indirizzo/Tel.):

Medico federazione (indirizzo/Tel.):

Fisioterapista (indirizzo/Tel.):

**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 e/o del/la rappresentante legale:

**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?

**[ ]**  Malattia cardiaca **[ ]**  Diabete **[ ]**  Malattia reumatica

**[ ]** Ipertensione arteriosa **[ ]**  Cancro **[ ]**  Malattia del sangue

**[ ]** Malattia polmonare **[ ]**  Malattia psichiatrica **[ ]**  altre malattie

**[ ]**  Asma bronchiale **[ ]** Osteoporosi

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**

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

1. Ha effettuato un elettrocardiogramma negli ultimi 2 anni?

 **[ ]**  sì **[ ]**  no

1. 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

1. Negli ultimi 2 anni ha sofferto di dolori al petto oppure le è capitato di perdere conoscenza?

 **[ ]**  sì **[ ]**  no

1. Soffre a riposo o sotto sforzo di tosse, dispnea, oppressione retrosternale o epigastrica??

 **[ ]**  sì **[ ]**  no

1. 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

1. Le è mai stato prescritto un medicamento contro la pressione alta o per un problema cardiaco?

 **[ ]**  sì **[ ]**  no

1. Fuma, ha il colesterolo elevato, soffre di ipertensione arteriosa o di diabete mellito?

 **[ ]**  sì **[ ]**  no

1. Qualcuno nella sua famiglia é 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.,:

**3. Anamnesi personale**

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

sì no cosa quando

[ ]  [ ]  Cardiovascolare

[ ]  [ ]  Polmoni

[ ]  [ ]  Asma bronchiale

[ ]  [ ]  Stomaco/intestino

[ ]  [ ]  Fegato (itterizia)

[ ]  [ ]  Reni/Vescica/Incontinenza urinaria

[ ]  [ ]  Pelle

[ ]  [ ]  Occhi

[ ]  [ ]  Denti

[ ]  [ ]  Faringe

[ ]  [ ]  Orecchie

[ ]  [ ]  Sinusite

[ ]  [ ]  Commozione cerebrale

[ ]  [ ]  Sistema nervoso

[ ]  [ ]  Epilessia

[ ]  [ ]  Diabete

[ ]  [ ]  Allergie ai pollini

[ ]  [ ]  Allergie a medicamenti

[ ]  [ ]  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:

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

sì no dx sx cosa quando

[ ]  [ ]  Collo [ ]  [ ]

[ ]  [ ]  Spalle [ ]  [ ]

[ ]  [ ]  Braccio [ ]  [ ]

[ ]  [ ]  Gomito [ ]  [ ]

[ ]  [ ]  Avambraccio [ ]  [ ]

[ ]  [ ]  Polso [ ]  [ ]

[ ]  [ ]  Mano [ ]  [ ]

[ ]  [ ]  Schiena [ ]  [ ]

[ ]  [ ]  Bacino [ ]  [ ]

[ ]  [ ]  Anca [ ]  [ ]

[ ]  [ ]  Coscia [ ]  [ ]

[ ]  [ ]  Ginocchio [ ]  [ ]

[ ]  [ ]  Gamba [ ]  [ ]

[ ]  [ ]  Tendine d‘achille [ ]  [ ]

[ ]  [ ]  Caviglia [ ]  [ ]

[ ]  [ ]  Piede [ ]  [ ]

[ ]  [ ]  Altro [ ]  [ ]

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:

1. Usa regolarmente medicamenti? **[ ]**  sì **[ ]**  no

In caso affermativo, quali?

1. Ha per dei medicamenti specifici una AUT (Autorizzazione all’Uso a fini Terapeutici)

rispettivamente una TUE (Therapeutic Use Exemption)? **[ ]**  sì **[ ]**  no

In caso affermativo, quali?

1. Quando ha effettuato l’ultimo controllo dal dentista? (Anno)
2. Negli ultimi 5 anni ha effettuato delle vaccinazioni?

In caso affermativo, quali e quando? **[ ]**  sì **[ ]**  no

1. **Benessere/Sonno**
2. Quante ore dorme a notte?       ore
3. Ha difficoltà ad addormentarsi o a dormire senza interruzione? **[ ]**  sì **[ ]**  no
4. 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.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Nelle ultime due settimane….* | **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 |       |
|  |  |  |  |  |  | **Totale**:  |       |

1. **Peso, alimentazione, integratori, supplementi, alcool, nicotina, droghe.**
2. Il suo peso è rimasto costante negli ultimi 2 anni? **[ ]**  sì **[ ]**  no
3. 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 medicamenti 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?

1. **Sport/Allenamento**
2. Attualmente come è strutturato il suo allenamento?

Esempio di una tipica settimana di allenamento:

 - numero di ore

 - giorno/i di riposo, ove previsto

Inoltre può aggiungere per ciascuna sessione di allenamento dettagli sulla forma di allenamento effettuata:

 - allenamento specifico per una disciplina sportiva o di altro tipo (p. es. di potenziamento, mentale, rigenerativo)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   | **Lunedì** | **Martedì** | **Mercoledì** | **Giovedì** | **Venerdì** | **Sabato** | **Domenica** | **Totale** |
|   | [h] | Forma di allenamento | [h] | Forma di allenamento | [h] | Forma di allenamento | [h] | Forma di allenamento | [h] | Forma di allenamento  | [h] | Forma di allenamento | [h] | Forma di allenamento | [h] |
| **Mattino** |    |        |     |        |    |        |    |        |    |        |     |        |     |        |        |
| **Mezzogiorno** |    |        |     |        |     |        |     |        |    |        |    |        |    |        |        |
| **Pomeriggio** |     |        |    |        |    |        |    |        |    |        |    |        |    |        |        |
| **Sera** |    |        |     |        |    |        |    |        |    |        |    |        |    |        |        |
| **Totale** |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |   |        |

1. Tiene un diario di allenamento? **[ ]**  sì **[ ]**  no
2. Come dosa l’intensità dell‘allenamento (frequenza cardiaca, lattato, sensazione personale, ecc.)?

1. Periodizza il suo allenamento? **[ ]**  sì **[ ]**  no

In caso affermativo, come?

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

[ ]  Migliorano [ ]  Stagnanti [ ]  Peggiorano [ ]  Altalenanti

1. **Recupero/Rigenerazione, Psicologiae**
2. Con che frequenza effettua attività che favoriscono il recupero/rigenerazione?

[ ]  Massaggi       [ ]  Sauna

[ ]  Bagni       [ ]  altro

1. Effettua regolarmente dello stretching? **[ ]**  sì **[ ]**  no
2. Effettua regolarmente trattamenti fasciali? (Deep Foam Rolling,p.es. Black Roll)? **[ ]**  sì **[ ]**  no
3. Ha già effettuato dei metodi di allenamento mentale?

 **[ ]**  sì **[ ]**  no

In caso affermativo, quali?

1. **Giudizio personale**
2. Ora una domanda sulla sua soddisfazione di vita in generale. Nel complesso, quanto è soddisfatto/a della sua attuale vita?

per niente soddisfatto/a completamente soddisfatto/a

[ ]  0 [ ]  1 [ ]  2 [ ]  3 [ ]  4 [ ]  5 [ ]  6 [ ]  7 [ ]  8 [ ]  9 [ ]  10

1. Si sente attualmente in piena forma fisica? **[ ]**  sì **[ ]**  no

In caso negativo, come mai?

1. **Domande?**

Vorrei discutere ancora le seguenti domande: