

CENTRE DE MÉDECINE DU SPORT - NUOVA DECATHLON s.r.l. - Corsico – MILAN

FORMULAIRE D'ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

MÉDECIN VISITEUR

Nom et prénom de l'athlète _____

SIGNATURE POUR PRISE DE VISION

A. Histoire familiale

1. a	Avez-vous quelque proche parent décédé inexplicablement avant l'âge de 50 ans? Qui?	NO	OUI
1. b	Avez-vous des parents qui ont / avaient des antécédents de maladie cardiaque ou d'anomalies cardiaques congénitales? Qui?	NO	OUI

B. Histoire personnelle

2.	Avez-vous déjà perdu connaissance (évanouissements-syncope(s))?	pendant l'activité physique	NO	OUI
		après l'activité physique	NO	OUI
		pas liée à l'activité physique	NO	OUI
3	Est-ce qu'un médecin vous a déjà dit que vous avez un problème cardiaque, de l'hypertension, un taux élevé de cholestérol, un souffle cardiaque, une arythmie cardiaque, une maladie rhumatismale, une infection cardiaque ou autre chose? Lesquels?	NO	OUI	
4	Est-ce qu'un médecin vous a déjà prescrit un test pour le cœur, par exemple ECG, Holter ou ECO?	NO	OUI	
5	Est-ce qu'un médecin vous a déjà dit que vous souffrez d'asthme, de convulsions, d'épilepsie, de diabète, d'obésité, de problèmes orthopédiques, de problèmes neurologiques, de maladies respiratoires, de problèmes de santé qui vous empêchent de faire du sport? Lesquels?	NO	OUI	
6	Avez-vous des allergies (par exemple: le pollen, la poussière, les médicaments, les aliments, les piqûres d'insecte)	NO	OUI	
7	Est-ce que vous faites actuellement un traitement, en utilisant des médicaments (de toute nature) sur ordonnance ou «en vente libre» (sans ordonnance) ou des pilules ou des inhalateurs?	NO	OUI	
8	Est-ce que vous avez été admis à l'hôpital / dans une clinique pour des opérations chirurgicales / des blessures traumatiques majeures ou des accidents? Lesquels?	NO	OUI	
9	Avez-vous pris des médicaments constamment au cours des deux dernières années?	NO	OUI	
10	Vue: Portez-vous des lunettes et / ou des lentilles de contact?	NO	OUI	
11	Audition: Avez-vous des problèmes d'audition?	NO	OUI	
12	Cycle menstruel: NO OUI Année: Dernière date de menstruation: / /			
13	Fumez-vous? NO OUI Combien par jour? Consommez-vous de l'alcool? NO OUI Combien par jour?			
14	Avez-vous ou avez-vous déjà pris des drogues / du dopage? NO OUI Lesquels?			

C. Histoire du sport

15	Type de sport pour lequel la visite est demandée	N° séances d'entraînement par semaine	Durée d'un entraînement (en minutes)	N° compétitions par semaine

Le présent formulaire d'antécédents médicaux doit être rempli par les parents des athlètes mineurs qui, au moment de la visite ne peuvent pas être présents. Nous informons que les mineurs SANS le formulaire d'antécédents médicaux NE POURRONT PAS EFFECTUER LA VISITE MÉDICALE d'aptitude à la pratique du sport compétitive.

IMPORTANT: la collecte de données anamnestiques est fondamentale pour l'évaluation globale de la santé de l'athlète et pour le diagnostic des maladies héréditaires et fait partie intégrante du dossier médical.

Date, Corsico _____ / _____ / _____

Signature (Signature du parent si l'athlète est mineur)