

Questionario sullo stato di salute

Dati personali

Cognome:	Nome:
Indirizzo:	
Telefono:	Cellulare:
Data di nascita:	Posta elettronica:

Attività fisica svolta

Pratica sport regolarmente?

Non ancora ☐ 1x a settimana ☐ 2-3x a settimana ☐ più di 3x a settimana ☐

Se sì, da quanti anni? _____

Quale sport o attività fisica? _____

Quali sono i suoi obiettivi nello sport? _____

Quanto tempo avrà a disposizione a settimana per fare sport? _____

Stato di salute

(secondo le raccomandazioni della Società Svizzera di Medicina dello Sport)

	Si	No
È capitato che un medico le ha detto che ha qualcosa al cuore e dovrebbe fare movimento e sport solo sotto controllo medico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quando compie sforzi fisici accusa dolori al petto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durante lo scorso mese ha avuto dei dolori al petto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le è capitato di perdere conoscenza una o più volte o di cadere una o più volte a causa di un improvviso capogiro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha problemi alle ossa o alle articolazioni che potrebbero acuirsi facendo dell'attività fisica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le sono mai stati prescritti da un medico farmaci contro la pressione alta o per un problema cardiaco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha problemi alle vie respiratorie? (ad es. asma o bronchite cronica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accusa dei problemi alla schiena?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Per esperienza personale o per consiglio del medico pensa che ci siano altri motivi che le impediscono di praticare sport se non sotto controllo medico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se ha risposto «Sì» a una delle domande precedenti prenda contatto con un medico competente nella medicina dello sport prima di aumentare l'attività fisica svolta.

Se prende regolarmente medicine, soffre di problemi del metabolismo o attualmente sta seguendo una dieta, parli con il suo medico per verificare se l'attività sportiva è permessa.

Fattori di rischio

	Si	No
Diabete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colesterolo elevato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemi cardiovascolari, problemi di cuore, ipertensione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indice di massa corporea (BMI/IMC o kg/m ²) superiore a 25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fuma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Data: _____ Firma: _____

Le informazioni vengono utilizzate dal monitore soltanto in relazione all'attività svolta e alla fine del corso sono distrutte.