

Questionario medico sportivo

(Versione per Bambini e adolescenti, 08.12.2023)

Nome, Cognome: _____	Data di nascita: _____
Via: _____	Scuola/Professione: _____
NPA/Domicilio: _____	Tel. P: _____
Email: _____	Mobile: _____

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

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 e conservati in maniera confidenziale nel rispetto del segreto medico. Il mio medico curante e il medico della federazione di cui faccio parte avranno accesso a queste informazioni **solo con il mio esplicito consenso**. Sono d'accordo che i miei dati e i risultati della mia visita, 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 tua 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 | <input type="checkbox"/> Osteoporosi | |

In caso affermativo, precisare:

- c. Hai fratelli o sorelle? Praticano anche loro sport?
Fratello/Sorella (Anno di nascita, sesso, disciplina sportiva):

- d. Quanto sono alti i tuoi genitori?

Papà _____ cm

Mamma _____ cm

2. Valutazione del rischio cardiovascolare

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

- b. Hai effettuato un elettrocardiogramma negli ultimi 2 anni?

sì no

- c. Il tuo medico o i tuoi genitori ti hanno mai detto che hai un soffio al cuore o una malformazione cardiaca?

sì no

- d. Negli ultimi 2 anni hai sofferto di dolori al petto oppure ti è capitato di perdere conoscenza?

sì no

- e. Soffrei a riposo o sotto sforzo di tosse, dispnea, oppressione retrosternale o epigastrica?

sì no

- f. Negli ultimi anni sei stato dichiarato inabile alle competizioni da un medico oppure conosci una ragione per cui non dovresti praticare sport a livello agonistico?

sì no

- g. Ti è mai stato prescritto un medicamento contro la pressione alta o per un problema cardiaco?

sì no

- h. Qualcuno nella tua famiglia è deceduto di morte improvvisa prima dei 50 anni e/o membri della tua famiglia (meno di 65 anni) soffrono di malattie cardiovascolari, angina pectoris o sono stati sottoposti ad un intervento chirurgico al cuore?

sì no

Chiarimenti in caso tu abbia risposto affermativamente alle domande 2a.-2h.:

3. Anamnesi personale

a. Soffri attualmente o hai 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"/>	Asthma 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	_____	_____
<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"/>	Raffreddore da fieno	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergie	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intolleranze medicamentose	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Altro	_____	_____

Quali disturbi sono ancora attuali?

Questi disturbi sono al momento

invariati migliorati guariti

Hai dovuto per questo motivo consultare un medico?

sì no

In caso affermativo, nome e indirizzo del medico:

b. Hai attualmente o hai 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

Hai dovuto consultare per questo motivo il medico?

sì no

In caso affermativo, nome e indirizzo del medico:

c. Usi regolarmente medicinali?

sì no

In caso affermativo, quali? _____

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

sì no

Per esempio Ritalin®, Concerta® o simili; Bricanyl®, Medicamenti contenenti cortisone (P.es.Prednison, Betnesol®); Ormoni (Insulina, ormone della crescita oppure ormoni per rallentare la crescita come Testosterone o Estrogeni)

In caso affermativo, quali? _____

e. Quando hai effettuato l'ultimo controllo dal dentista?

>1 anno <1 anno

f. Sei vaccinato secondo il calendario ufficiale svizzero?

sì no

In caso negativo, specificare

P.f. portare il libretto delle vaccinazioni.

4. Benessere/Sonno/Carico emotivo

a. Quante ore dormi a notte?

_____ ore

b. Hai difficoltà ad addormentarti o a dormire senza interruzione?

sì no

c. Benessere: le seguenti affermazioni si riferiscono al tuo stato d'animo nelle ultime due settimane. Per ogni affermazione ti preghiamo di crociare la colonna che, secondo te, meglio descrive come ti sei 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	
						Total:	

d. Riesci a conciliare scuola, sport e tempo libero?

sì no

e. Sei soddisfatto?

sì no

f. Gli atleti e le atlete, così come qualsiasi bambino/a o giovane, possono vivere a volte situazioni che possono essere stressanti o che li fanno sentire molto a disagio li fanno star male. Questo può verificarsi sia nell'ambito dello sport che al di fuori di esso. Di seguito ti poniamo alcune domande su tali possibili esperienze.

1. Un adulto ti ha mai picchiato o pizzicato con forza, calciato o schiaffeggiato?

sì no

In caso affermativo,

nel contesto della mia attività sportiva al di fuori della mia attività sportiva

2. Sei stato insultato o ti hanno urlato addosso ripetutamente, o ti sono state dette cose offensive/umilianti (p.es. che sei «grasso/a», «fannullone» o «stupido/a»)?

sì no

In caso affermativo,

nel contesto della mia attività sportiva al di fuori della mia attività sportiva

3. Sei stato ripetutamente punito severamente o trattato in modo ingiusto (da adulti o coetanei/compagni di allenamento)?

sì no

In caso affermativo,

nel contesto della mia attività sportiva al di fuori della mia attività sportiva

4. Credi che le tecniche/metodi/orari di allenamento che ti vengono richiesti siano a volte inappropriati o dannosi per la salute?

sì no

5. Ti sono stati rivolti commenti a sfondo sessuale molesti e insinuanti su di te e sul tuo corpo?

sì no

In caso affermativo,

nel contesto della mia attività sportiva al di fuori della mia attività sportiva

6. Qualcuno ha toccato il tuo corpo o le tue parti intime in modo che tu abbia percepito come non corretto o inappropriato, o che ti abbia fatto sentire sessualmente molestato/a?

sì no

In caso affermativo,

nel contesto della mia attività sportiva al di fuori della mia attività sportiva

In caso tu abbia crociato "sì" a qualche domanda, ne hai già parlato con qualcuno?.

sì no

Hai bisogno di ulteriore supporto in merito a questo? **(La confidenzialità sarà discussa nuovamente e rispettata)**

sì no

5. Peso, alimentazione, integratori, supplementi, sostanze che creano dipendenza

a. Negli ultimi mesi hai perso o acquistato peso intenzionalmente (a prescindere dalle variazioni di peso normali durante la crescita)?

sì no

In caso affermativo, perché? _____

b. Controlli regolarmente il tuo peso?

sì no

c. Segui una dieta particolare? (p.es. senza lattosio, senza glutine, digiuno intermittente, altro?)

sì no

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

d. Hia un'alimentazione senza carne, vegetariana, vegana, ecc?

sì no

In caso affermativo, di che tipo e da quando? _____

e. Assumi 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. Bevi regolarmente alcolici?

sì no

In caso affermativo, cosa, quanto e quando? _____

h. Fumi o fai uso di altri prodotti contenenti nicotina come Snus (tabacco tra gengive e labbro), Puff, Vape, Iqos?»

sì no

In caso affermativo, cosa e quanto? _____

i. Hai 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 tuo allenamento?

Esempio di una tipica settimana di allenamento:

- Numero di ore
- giorno/i di riposo, ove previsto

Inoltre puoi 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															

b. Tieni un diario di allenamento?

- sì no

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

d. Hai delle pause durante l'anno e/o in estate?

- sì no

In caso affermativo quanto dura(no) la/le pausa/e? _____

e. Come si sono evolute le tue prestazioni sportive nell'ultimo anno?

- migliorano stagnanti Peggiorano altalenanti

7. Recupero/Rigenerazione, Psicologia

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

- Massaggi _____ Sauna _____
 Bagni _____ altro _____

b. Effettui regolarmente dello stretching?

sì no

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

ja nein

d. Hai già praticato metodi di allenamento mentale (p.es training autogeno, ipnosi, visualizzazione, ecc)?

sì no

In caso affermativo, quali? _____

8. Giudizio personale

a. Ora una domanda sulla tua soddisfazione di vita in generale. Nel complesso, quanto sei soddisfatto/a della tua attuale vita?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ti sente attualmente in piena forma fisica?

sì no

In caso negativo, come mai?

9. Domande?

Vorrei discutere ancora i seguenti punti: