

## DICHIARAZIONE MEDICA

### SCHEDA DEL PARTECIPANTE (Informazioni confidenziali)

**Si prega di leggere e compilare con cura prima di firmare.**

#### Anamnesi del Partecipante

**Al partecipante:** Lo scopo di questo questionario medico è di scoprire se dovresti farti esaminare dal tuo dottore prima di partecipare all'attività Pend'Olen. Una risposta affermativa ad una delle domande non ti esclude automaticamente dalla partecipazione. Una risposta affermativa significa che c'è una preesistente condizione che potrebbe influire sulla tua sicurezza e che devi richiedere il parere del tuo medico prima di intraprenderla.

- \_\_\_\_\_ Potresti essere incinta o stai cercando di esserlo?  
\_\_\_\_\_ Prendi regolarmente medicinali prescritti? (con l'eccezione di contraccettivi o pillole anti-malaria).  
\_\_\_\_\_ Hai superato i 45 anni di età e hai uno o più dei seguenti?  
• fumi abitualmente pipa, sigari o sigarette  
• hai un alto tasso di colesterolo  
• hai avuto casi di attacchi di cuore o ictus in famiglia  
• stai attualmente seguendo cure mediche  
• hai la pressione alta  
• hai il diabete mellito, anche se controllato da una dieta

#### Hai mai avuto o hai attualmente...

- Asma, o respirazione rumorosa a riposo o dopo l'esercizio fisico?  
frequenti o gravi attacchi di febbre da fieno o allergia?  
\_\_\_\_\_ frequenti raffreddori, sinusiti o bronchiti?  
\_\_\_\_\_ qualsiasi forma di malattia dei polmoni?  
\_\_\_\_\_ un pneumotorace (polmone collassato)? ananamnesi di chirurgia polmonare?  
\_\_\_\_\_ claustrofobia o agorafobia (paura degli spazi chiusi o aperti, panico)?  
\_\_\_\_\_ epilessia, attacchi epilettici, convulsioni o prendi medicinali per prevenirli?  
\_\_\_\_\_ frequenti emicranie o prendi medicinali per prevenirle?  
\_\_\_\_\_ episodi di mancamenti o svenimenti (totale/ parziale perdita di sensi)?  
\_\_\_\_\_ soffri spesso di mal di macchina, mal di mare ecc.?  
\_\_\_\_\_ dissenteria o disidratazione che richiedono cure mediche?

Per favore rispondi a queste domande sulla tua anamnesi medica passata o presente con un **SI** o un **NO**. Se non sei sicuro rispondi **SI**. Se qualunque di queste voci è applicabile a te, dobbiamo chiederti di consultare un medico prima di partecipare all'attività Pend'Olen.

- \_\_\_\_\_ incapacità di eseguire sforzi moderati? (camminare 1,6 chi-lometri in 12 minuti)?  
\_\_\_\_\_ traumi cranici con perdita di conoscenza negli ultimi cinque anni?  
\_\_\_\_\_ episodi ricorrenti di problemi alla schiena?  
\_\_\_\_\_ una storia di chirurgia alla schiena?  
\_\_\_\_\_ problemi diabetici?  
\_\_\_\_\_ episodi di problemi a schiena, braccia, gambe in seguito a chirurgia, lesioni o fratture?  
\_\_\_\_\_ una anamnesi di alta pressione o prendi medicinali per controllare la pressione?  
\_\_\_\_\_ malattie cardiache?  
\_\_\_\_\_ crisi cardiache o infarti?  
\_\_\_\_\_ angina pectoris / chirurgia cardiaca o vascolare?  
\_\_\_\_\_ una anamnesi di chirurgia a orecchie o seni?  
\_\_\_\_\_ una anamnesi di malattie dell'orecchio, perdita d'udito o problemi d'equilibrio?  
\_\_\_\_\_ storia di problemi di compensazione (orecchie otturate) sugli aerei o in montagna?  
\_\_\_\_\_ una anamnesi di emorragie o altri disordini circolatori?  
\_\_\_\_\_ una anamnesi di qualsiasi genere di ernia?  
\_\_\_\_\_ una anamnesi di ulcere o di chirurgia specifica?  
\_\_\_\_\_ problemi con lo stomaco o con gli intestini?  
\_\_\_\_\_ una anamnesi di abuso di alcool o droghe negli ultimi cinque anni?

**Le informazioni che ho fornito sulla mia anamnesi sono accurate al massimo delle mie conoscenze. Sono d'accordo ad accettare le responsabilità di qualsiasi omissione riguardante una qualsiasi condizione di salute presente o passata.**

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Firma dei genitori o tutori se necessari

\_\_\_\_\_  
Data