

# QUESTIONARIO SULLA SALUTE

## DATI PERSONALI

Nome e Cognome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

## ATTIVITÀ FISICA

Pratica sport regolarmente?

Non ancora  1x a settimana  2-3x a settimana  più di 4x a settimana

Se sì, da quanti anni? \_\_\_\_\_

Quale sport o attività fisica? \_\_\_\_\_

Obiettivi per allenarsi con un personal trainer? \_\_\_\_\_

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 peggiorare 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"/>
Fumare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ho completato le informazioni al meglio delle mie conoscenze e non ho trattenuto alcuna informazione che possa influenzare un programma di allenamento sicuro.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Data