

Età	Sesso M F	Peso (kg)	Altezza (cm)	
-----	-----------	-----------	--------------	--

### Parte riservata alla famiglia

- Sono presenti cardiopatici nella famiglia dello studente/ssa?

**SI**

Grado di parentela e, se possibile, tipo di patologia

Padre \_\_\_\_\_

Madre \_\_\_\_\_

Sorella/fratello \_\_\_\_\_

Sorella/fratello \_\_\_\_\_

**NO**

- Si sono verificate nella famiglia dello studente/ssa morti improvvise di persone apparentemente sane?

**SI**

Grado di parentela ed età

Padre età \_\_\_\_\_

Madre età \_\_\_\_\_

Sorella/fratello età \_\_\_\_\_

**NO**

Sono presenti nella famiglia dello studente/ssa persone con valori alti del colesterolo

**SI**

**NO**

### Parte riservata allo studente/ssa (da compilare e consegnare prima dell'elettrocardiogramma)

- Fumi?

SI, abitualmente

SI, occasionalmente

NO

- Hai necessità di assumere abitualmente farmaci?

SI

NO

Se hai risposto SI, indica quali \_\_\_\_\_

- Pratichi attività sportiva?

SI, agonistica

SI, non agonistica

NO

- Hai mai fatto un elettrocardiogramma o una visita cardiologica?

SI

NO

- Hai una patologia cardiologica?

SI (indicare quale) \_\_\_\_\_

NO

- Sei mai svenuto/a?

SI (indicare in quale occasione) \_\_\_\_\_

NO

- Hai mai avuto la sensazione del cuore che batte molto velocemente a riposo?

SI

NO

- Hai mai avuto la sensazione di respiro corto (o mancanza di fiato) indipendentemente dallo sforzo?

SI

NO