



LIBERATORIA SCREENING ELETROCARDIOGRAFICO

Io sottoscritto

nato/a il _____

Residente a _____ via _____

tel. _____

Autorizzo mio figlio/a _____

nato/a il _____ che frequenta

ad essere sottoposto ad elettrocardiogramma secondo il progetto stabilito dall'Associazione di promozione sociale "Piccoli Battiti", in collaborazione con reparto di cardiologia pediatrica dell'ARNAS Civico G. Di Cristina di Palermo.

Anampsesi familiare (fratelli, genitori, zii, nonni, cugini di I° grado)

- | | | |
|--|----|----|
| - morte improvvisa o inaspettata in un familiare < 50 anni | SI | NO |
| - malattia cardiaca invalidante in un parente < 50 anni | SI | NO |
| - familiarità per: | | |
| cardiomiopatia dilatativa o ipertrofica | SI | NO |
| sindromi aritmiche genetiche (Brugada, QT lungo, altre) | SI | NO |
| sindrome di Marfan | SI | NO |
| malattie cardiache su base genetica | SI | NO |

Anamnesi personale:

- cardiopatia già diagnosticata SI NO

- dolore precordiale, malessere dispnea, fatica eccessiva da sforzo	SI	NO
- sincope o crisi lipotimica	SI	NO
- storia di soffio cardiaco	SI	NO
-storia di pressione alta	SI	NO
- precedente esclusione da attività sportiva	SI	NO
- precedente valutazione cardiologica indicata da un medico	SI	NO

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali, ai sensi del D.Lgs 196 del 30 giugno 2003

data_____

Firma_____