



LIBERATORIA SCREENING ELETTROCARDIOGRAFICO

Io sottoscritto _____

nato/a il _____

Residente a _____ via _____

tel. _____.

Autorizzo mio figlio/a _____

nato/a il _____ che frequenta la scuola _____

classe _____.

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.

Anamnesi 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 |
|---------------------------------|----|----|

QUALE: _____

- 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 _____