



## 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 \_\_\_\_\_