



Richiesta di consulenza Medico Sportiva per Prescrizione di Esercizio Fisico in soggetti con diabete mellito di tipo 2

INVIARE ALLA SEGRETERIA DELLA CLINICA MEDICA – 2° MEDICINA AL FAX 0303388147 O EMAIL: palestra.diabetici@libero.it

***** SPAZIO RISERVATO AL MEDICO CURANTE *****

Nome e cognome..... Data di nascita.....

Tel..... Cell..... E-mail.....

CRITERI DI ESCLUSIONE

- Severa limitazione funzionale
- BMI > 42 kg/m²
- Pressione arteriosa >200/110
- Ulcere attive agli arti inferiori
- Diabete scompensato
- Angina instabile
- Valvulopatia severa
- Cardiopatia grave
- Insuff. cardiaca scompensata
- Aritmie non controllate
- Miocardite o pericardite acuta
- Infezione sistemica acuta

CRITERI DI PRECAUZIONE

- Retinopatia diabetica
- Neuropatia: periferica autonoma
- Insulina
- Sulfanilurea
- β-bloccante o altro cronotropo negativo
- Diuretico
- Anticoagulante
- Problematiche ortopediche:.....

DATI ANAMNESTICI DI RILIEVO

- Diabete mellito di tipo 2
- Ipertensione arteriosa
- Nefropatia conclamata
- Coronaropatia
- Scompenso cardiaco
- Fibrill. atriale: permanente parossistica
- Pacemaker
- BPCO
- Osteoporosi
- Altro.....

Data.....

Timbro e firma del Medico Curante

***** SPAZIO RISERVATO ALLA SEGRETERIA DELLA CLINICA MEDICA – 2° MEDICINA *****

- Palestra di Fisiokinesiterapia dell'Ospedale di Montichiari, Via Ciotti 154, Montichiari, Piano -2, 16:30-19:30, lun, mer, ven
 - Palestra del Presidio Ambulatoriale Nikolajewka, Via Nikolajewka 13, Mompiano, Brescia, 18:00-21:00, lun, mer, ven
 - Palestra CUS Brescia, Viale Europa 15 o Via Branze 39 (dietro la facoltà di Medicina), 8:00-12:00, lun, mer, ven
- Paziente iscritto ad Associazione Diabetici della Provincia di Brescia: SI NO

Data.....

Timbro e firma della Segreteria

INVIARE AL FAX 030.9963.359 OPPURE A: poliambulatori.montichiari@spedalicivili.brescia.it

***** SPAZIO RISERVATO AL SERVIZIO DI MEDICINA DELLO SPORT E DELL'ESERCIZIO *****

Peso.....kg Altezza.....cm BMI.....kg/m² Giro Vita.....cm P.A.....mmHg

VO₂max.....ml/kg/min F.C. max.....bpm F.C. AT.....bpm F.C. RC.....bpm Massa Grassa.....%

Capacità funzionale: Ottima Buona Discreta Scarsa Insufficiente

Anomalie al test cardiopolmonare: NO SI

NON PRESCRIZIONE

PRESCRIZIONE

1° trimestre: Endurance FC < permin **2° trimestre:** Endurance FC < permin

.....< FC <..... permin

.....< FC <..... permin

.....-.....Borg

.....-.....Borg

Forza%.....-RMRep

Forza%.....-RMRep

Flessibilità.....

Flessibilità.....

Equilibrio.....

Equilibrio.....

Attenzioni specifiche:.....

Data.....

Timbro e firma del Medico dello Sport e dell'Esercizio