



**“UN MINUTO PER LA VITA”  
PROGETTO PREVENZIONE DELLA MORTE IMPROVVISA**

<b>SCUOLA</b>	
<b>CLASSE</b>	

**DATI ANAGRAFICI**

<b>COGNOME</b>		<b>NOME</b>	
<b>NATO IL</b>		<b>A</b>	
<b>TEL</b>		<b>e-mail</b>	

**DATI ANAMNESTICI**

<b>Età</b>	<b>Sesso</b> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	<b>Peso (Kg)</b>	<b>Altezza (cm)</b>
------------	---	------------------	---------------------

**► Il/la bambino/a è nato/a da un parto**

- spontaneo
- cesareo programmato
- cesareo d'urgenza     SI    Per quale motivo \_\_\_\_\_

**► La gravidanza ha avuto un decorso regolare o no (diabete gestazionale o ipertensione gravidica)?**

- SI
- NO    Per quale motivo \_\_\_\_\_

**► A che settimana di gravidanza si è svolto il parto? \_\_\_\_\_****► Il/la bambino/a è affetto/a da patologie croniche e/o prende farmaci?**

- SI    Quali \_\_\_\_\_
- NO

**► Il/la bambino/a ha mai fatto una visita cardiologica prima d'ora?**

- SI    Per quale motivo \_\_\_\_\_
- NO



► **Il/la bambino/a è mai svenuto/a**

- SI

In quale circostanza \_\_\_\_\_

- NO

► **Il/la bambino/a pratica attività sportiva?**

- SI

Quale? \_\_\_\_\_

- NO

► **Sono presenti cardiopatie congenite (malformazioni del cuore presenti dalla nascita) in familiari di primo grado?**

- SI

Quali \_\_\_\_\_

Grado di parentela del familiare \_\_\_\_\_

- NO

► **Sono presenti disturbi del ritmo cardiaco (aritmie) in famiglia?**

- SI

Quali \_\_\_\_\_

Grado di parentela del familiare \_\_\_\_\_

- NO

► **Familiarità per morte improvvisa** (morte che sopraggiunge inaspettata in soggetti con età < 50 anni, in pieno benessere), **morti nel sonno, morti in culla?**

- SI

A quanti anni? \_\_\_\_\_

Grado di parentela del familiare \_\_\_\_\_

- NO