



VISITA DI IDONEITÀ ALLA PRATICA AGONISTICA DELLO SPORT

Cognome e nome:		Data di Nascita:
Luogo di Nascita:		Codice Fiscale:
Indirizzo:		
CAP:	Località:	Prov:
Tel. fisso e cellulare:		
SPORT PRATICATO:		

PRATICA SPORTIVA

Accusa o accusava disturbi durante l'attività? Se sì, quali?
Quanto si allena?
Pratica altri sport?

ANAMNESI FAMILIARE

Nella sua famiglia (genitori, fratelli, nonni) ci sono casi di malattie di cuore prima dei 50 anni di età?		
Infarto sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	morte improvvisa sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	altro sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

ANAMNESI FISIOLOGICA

Ha avuto ricoveri in ospedale o in casa di cura, interventi chirurgici, traumi importanti o incidenti?(cosa/quando?)
--

Ha o ha avuto malattie o disturbi dei seguenti organi o sistemi funzionali? (cosa/quando?)

(Barrare la casella che interessa; se risponde "Sì, attualmente" o "In Passato", indicare la patologia)

Capo, Sistema Nervoso Traumi cranio, incl. commozione cerebrale, vertigini, disturbi dell'equilibrio, emicrania, cefalea recidivante, perdite di coscienza, crisi convulsive, altre malattie?		
Sì, attualmente <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	In Passato <input type="checkbox"/>
Psiche Stati d'ansia, claustrofobia, attacchi di panico, depressioni o fasi depressive, altre?		
Sì, attualmente <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	In Passato <input type="checkbox"/>
Occhi Ha disturbi visivi?		
No <input type="checkbox"/>	Porta occhiali <input type="checkbox"/>	Porta Lenti a contatto <input type="checkbox"/>

Naso, seni paranasali
Febbre da fieno, epistassi frequente, sinusiti, altro?

Sì, attualmente

No

In Passato

Orecchie
Otitis, perforazione del timpano, ronzii, vertigini, ipoacusia?

Sì, attualmente

No

In Passato

Apparato Respiratorio
Tubercolosi, polmonite, asma, bronchite cronica, dispnea dopo sforzi lievi o da aria fredda, altre?

Sì, attualmente

No

In Passato

Sistema Cardiocircolatorio
Anomalie cardiache congenite, miocardite, angina pectoris, dolori toracici, aritmie, ipertensione arteriosa, flebiti, arteriopatie periferiche, altro?

Sì, attualmente

No

In Passato

Apparato Digerente
Dispepsia, reflusso e bruciore gastrico, ulcera gastrica, ulcera duodenale, coliche, ernie inguinali, altro?

Sì, attualmente

No

In Passato

Apparato Uro-genitale
Nefriti, pieliti, cistiti, calcoli renali, altro?

Sì, attualmente

No

In Passato

Cute, apparato locomotorio
Reumatismo articolare, lombalgia, sciatalgia, ernie del disco, lussazioni, fratture, altro?

Sì, attualmente

No

In Passato

Metabolismo
Ipo- o ipertiroidismo, gotta, diabete mellito, ipercolesterolemia, altre dislipidemie, anemie, altro?

Sì, attualmente No In Passato

per FEMMINE

attualmente in gravidanza sì no anomalie del ciclo mestruale sì no mestruazioni in atto sì no

Ha avuto malattie febbrili negli ultimi mesi? (cosa/quando?)

Ha o ha avuto altre malattie non specificatamente elencate in questo questionario? (cosa/quando?)

Quanto alcool consuma? (cosa/quanto?)

Fuma? (cosa/quanto?)

Attualmente assume farmaci? (quali/quanto?)

In passato è già stato dichiarato una volta NON IDONEO all'attività agonistica?

sì no

sospeso (per esami supplementari/approfondimenti nell'anno _____ per motivi _____)

CONSENSO E DICHIARAZIONE

Con la mia firma:

- dichiaro sotto la mia personale responsabilità e pena l'annullamento del certificato di idoneità, che le notizie fornite nel questionario riguardo le mie (del figlio) condizioni psico-fisiche e le affezioni precedenti sono complete e veritiere;
- mi impegno a non fare uso di droghe riconosciute illegali e do atto di essere informato sui pericoli derivanti dall'uso di fumo di tabacco, di sostanze dopanti e dall'abuso di alcool. Dichiaro altresì di essere consenziente ad eventuali controlli antidoping disposti dalla legislazione vigente;
- dichiaro di acconsentire alla visita stessa (del figlio in caso di firma per minorenni) e ai relativi accertamenti secondo quanto previsto dal D.M. 18/2/82 nonché alle indagini non invasive che si riterranno necessarie.

Leggendo quanto segue dichiaro inoltre di aver preso visione della procedura per l'acquisizione della certificazione richiesta:

- Raccolta campione urine
- Rilevamento misure antropometriche (altezza e peso)
- Assistenza di un genitore per i minori di età (se necessario)
- Raccolta anamnesi personale (propria storia sanitaria)
- Visita clinica del medico dello sport
- Esecuzione ECG di base
- Esame spirometrico
- Valutazione dell'acuità visiva
- Eventuali accertamenti integrativi (se previsti dal protocollo specifico)
- ECG da sforzo: Step Test per le visite in cui è richiesto dal protocollo o Test su cicloergometro a FC MAX in atleti master richiedenti secondo COCIS 2009 e per atleti con più di 45 anni. Nel corso di tale prestazione potrebbero insorgere dolori al petto, difficoltà nella respirazione, palpitazioni, sincope. Tale prestazione avverrà sotto la stretta sorveglianza di personale medico.

Data:

Firma:

(per i minorenni firma del genitore)

INFORMATIVA AI SENSI DELL'EX ART. 13 DEL D.lgs 196/03 PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

1. Per i dati personali si intendono, ai sensi della presente informativa:
 - quelli sanitari che avremo occasione di rilevare nell'espletamento delle nostre prestazioni mediche a suo favore;
 - quelli sanitari necessari per la valutazione di cui ai Decreti Ministeriali 18/02/82 e 4/03/93;
 - quelli anagrafici e di residenza forniti a fini contabili.
2. I dati vengono da noi raccolti con l'esclusiva finalità di effettuare quanto previsto dai decreti sopra richiamati e dalla L.P. 1/92.
3. I dati verranno riportati sulle cartelle cliniche che verranno da noi mantenute e protette con modalità idonee previste dal D.lgs 196/03.
4. I dati verranno comunicati
 - senza diagnosi clinica alla Società Sportiva e alla Federazione di riferimento (se la visita è effettuata tramite Associazione sportiva);
 - in chiaro all'Azienda Sanitaria;
 - in chiaro alla ripartizione Sanità dell'Assessorato alla Salute della Provincia
 - in chiaro al Ministero della Salute.
5. Richiamiamo integralmente, ai sensi dell'art. 7 del D.lgs, i Suoi diritti in ordine al trattamento dei dati personali.
6. Le segnaliamo che il Titolare e anche il Responsabile del trattamento dei dati personali è il Dott. Marco Delladio.
7. Nel caso in cui tale consenso non venga esercitato non sarà possibile redigere il certificato di cui ai decreti sopra richiamati.

Apponendo la firma in calce, manifesto il mio consenso al trattamento dei dati, nell'ambito delle finalità e modalità di cui sopra, e nei limiti di cui il mio consenso fosse richiesto ai sensi di legge.

Data:

Firma:

(per i minorenni firma del genitore)