

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

NOME E COGNOME: _____

Attività fisica/sport praticati: _____

1. In famiglia (genitori, fratelli, nonni) ci sono stati casi di:

- Ipertensione arteriosa Diabete
 Malattie cardiovascolari **Morte improvvisa**

2. Ha allergie?:

- no sì a cosa: _____

3. Soffre di asma:

- no sì

4. Soffre o ha sofferto di qualche malattia cronica significativa (es ipertensione, diabete, malattie cardiache, ipotiroidismo):

- no sì Se sì quali? _____

5. Ha mai avuto infortuni significativi o ha delle problematiche ortopediche?:

- no sì Quali?: _____

6. Deve assumere regolarmente farmaci?:

- no sì Quali?: _____

7. Ha mai avuto disturbi durante l'attività sportiva?: (dolore toracico, palpitazioni, respiro difficoltoso, capogiri, svenimenti)

- no sì **Quali:** _____

8. Ha mai effettuato esami strumentali cardiologici, oltre a quelli eseguiti per la visita sportiva (ad esempio ecocardiogramma, Holter ECG, test da sforzo, coronarografia)?

- no sì Quali esami? _____

9. E' mai stato fermato durante una precedente visita o è mai stato dichiarato non idoneo all'attività sportiva?

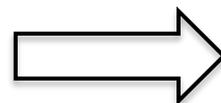
- no sì Perchè? _____

Io sottoscritto dichiaro di aver informato esattamente il medico delle mie attuali condizioni psico-fisiche e delle malattie precedenti ed attuali

Data: _____

Firma del dichiarante (o tutore se minore)

PROSEGUE



CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DEL TEST DA SFORZO PER IL CONSEGUIMENTO DEL CERTIFICATO DI IDONEITA' ALLA PRATICA SPORTIVA (AGONISTICA O NON AGONISTICA)

Da compilare solo in caso il paziente effettui la visita con esame da sforzo

Il test da sforzo è effettuato per acquisire informazioni elettrocardiografiche necessarie ad esprimere il giudizio di idoneità all'attività sportiva o per procedere alla richiesta di ulteriori accertamenti. Durante il test viene provocato normalmente un aumento anche importante del numero dei battiti cardiaci ed un aumento della pressione arteriosa; pertanto il test può esporre l'interessato, se affetto da patologie cardiorespiratorie, a gravi complicanze. Il test viene interrotto a giudizio del Medico o a richiesta esplicita del paziente. È estremamente importante che il paziente comunichi ogni eventuale sintomo.

Data: _____

Firma del dichiarante (o tutore se minore)

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

1. Per 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 18.02.1982 e 04.03.1993;
 - quelli spontaneamente da Lei forniti.
2. I dati vengono da noi raccolti con la esclusiva finalità di effettuare quanto previsto dai decreti sopra richiamati e della Legge Regionale 66/1981.
3. I dati verranno riportati su "Schede di Valutazione Medico Sportiva" che verranno da noi mantenuti e protetti con modalità idonee (secondo le modalità previste dagli artt. 31 e seguenti del D. L.gs 196/03).
4. I dati verranno comunicati:
 - senza diagnosi clinica alla Società Sportiva e alla Federazione o Ente di Promozione Sportiva di riferimento;
 - in chiaro, alla ASL competente per territorio;
 - in forma anonima, alla U.O. Prevenzione delle Direzione Generale Sanità per gli adempimenti di cui alle normative sopra citate.
5. Richiamiamo integralmente, ai sensi dell'art. 7 del D. L.gs, i Suoi diritti in ordine al trattamento dei dati personali.
6. Le segnaliamo che il Titolare del trattamento ad ogni effetto di legge è lo studio professionale di medicina dello sport Dott.ssa C. Fin in persona del Direttore Sanitario (o Legale Rappresentante) e che il Responsabile del trattamento è il dr. Claudia Fin.
7. Nel caso in cui tale consenso non venga esercitato non sarà possibile redigere il certificato di cui ai decreti sopra richiamati e di conseguenza non sarà possibile da parte della Commissione Regionale D'Appello prendere in esame il caso per carenza di documentazione.

Consenso ai sensi dell'art. 23 D. L.gs 196/03

Apponendo la firma in calce al presente modulo, 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.

In particolare manifesto il mio consenso espresso per:

- l'acquisizione dei dati di cui al punto 1;
- la comunicazione dei dati ai terzi ai sensi del precedente punto 4.

Data: _____

Firma leggibile dell'interessato/a o del tutore se minore:
