



Medicina dello Sport
Gruppo Mantova Salus

Sistema Sanitario
Regione Lombardia

Strada Circonvallazione Sud 21/B - 46100 Mantova Tel. 0376449657 - medsport.mn@mantovasalus.it
Via Garibaldi, 81 - 46043 Castiglione D/St Tel. 0376635560 - medsport.cs@mantovasalus.it
Via F. Mitterand, 2 - 46029 Suzzara Tel. 0376 508303 - medsport.sz@mantovasalus.it

SCHEDA PER LA RACCOLTA ED IL RACCORDO DEI DATI SANITARI
PER SOGGETTI MINORENNI

ATTENZIONE! Questa scheda serve per portare a conoscenza del medico visitatore eventuali condizioni che possono limitare o controindicare una determinata attività agonistica: per questo è richiesta la massima cura nella sua compilazione.

DATI IDENTIFICATIVI DI CHI SI SOTTOPONE ALLA VISITA

COGNOME

NOME

NATO IL

E' LA PRIMA VOLTA CHE SI SOTTOPONE AD UNA VISITA PER L'IDONEITA' ALLO SPORT AGONISTICO/ NON AGONISTICO?

☐ NO

☐ SI

dov'è stato visitato l'ultima volta?

quando (indicare l'anno)

ha mai fatto visite (dal curante o dal pediatra)

☐ SI ☐ NO

(CONTINUARE NELLA COMPILAZIONE)

VI E' STATO QUALCHE CAMBIAMENTO NEI
DATI SANITARI RISPETTO ALL'ULTIMA VOLTA CHE
L'INTERESSATO SI E' SOTTOPOSTO A VISITA?

☐ SI

SE LA RISPOSTA E' "SI"
CONTINUARE

SE LA RISPOSTA E' "NO" PROSEGUIRE UGUALMENTE
SOLO SE L'ATLETA NON HA MAI FATTO VISITE IN
QUESTO CENTRO,
ALTREMENTI STOP.

DATA

FIRMA DI UN GENITORE

RACCOLTA DATI SANITARI

DATI RIFERITI AI FAMILIARI:

QUALCUNO DEI FAMILIARI E' O E' STATO PORTATORE DI UNA QUALSIASI DELLE SEGUENTI CONDIZIONI:

malattie del cuore (cardiopatie) di qualsiasi natura (angina pectoris, infarto, aritmie, cardiomiopatie, morte improvvisa..	☐ SI ☐ NO	descrivere il tipo	chi ce l'ha avuta
malattie delle valvole del cuore	☐ SI ☐ NO		
ipertensione arteriosa	☐ SI ☐ NO		
diabete mellito	☐ SI ☐ NO		
altre malattie	☐ SI ☐ NO		

DATI RIFERITI ALL'INTERESSATO:
L'INTERESSATO E' O E' STATO PORTATORE DI UNA DELLE SEGUENTI MALATTIE O CONDIZIONI

malattie congenite del cuore	☐ SI ☐ NO
malattie delle valvole del cuore	☐ SI ☐ NO
cardiopatie di qualsiasi altra natura	☐ SI ☐ NO
ipertensione arteriosa	☐ SI ☐ NO
diabete mellito	☐ SI ☐ NO
asma bronchiale	☐ SI ☐ NO
malattia epilettica	☐ SI ☐ NO
crisi convulsive	☐ SI ☐ NO
allergia	☐ SI ☐ NO
malattie del sangue	☐ SI ☐ NO
malattie del sistema immunitario	☐ SI ☐ NO
altre malattie o condizioni diverse da quelle in elenco	☐ SI ☐ NO

L'INTERESSATO E' STATO RICOVERATO IN OSPEDALE?

☐ SI ☐ NO

ANNO	IN QUALE OSPEDALE	PER QUALE MOTIVO
1		
2		
3		

L'INTERESSATO E' O E' STATO IN CURA CON DEI FARMACI (medicine)?

☐ SI ☐ NO

QUALI

DATI RIFERITI ALLA STORIA SPORTIVA:

DA QUANTO TEMPO PRATICA LO SPORT PER IL QUALE RICHIEDE QUESTA VISITA?

--

HA FATTO ALTRI SPORT PRECEDENTEMENTE?

☐ SI ☐ NO

QUALI

L'INTERESSATO HA MAI RIFERITO O HA MAI DIMOSTRATO DI AVERE "DEI PROBLEMI" (es.: affanno respiratorio esagerato o insolito, palpitazione del cuore, dolore insolito nella zona del cuore) DURANTE L'ATTIVITA' FISICA CHE NORMALMENTE PRATICA O HA PRATICATO?

☐ SI ☐ NO

QUALI

E' MAI "STATO MALE" (es. svenimento) DURANTE UNA GARA O PARTITA O COMPETIZIONE?

☐ SI ☐ NO

RICORDA

E' CONVENIENTE ALLEGARE ALLA PRESENTE TUTTI I DOCUMENTI SANITARI IN POSSESSO (referti, risposte di esami fatti etc.) - se non già presenti in precedenza - PER FARLI VISIONARE AL MEDICO VISITATORE. IN CASO CONTRARIO SI SARA' COSTRETTI A RITORNARE PER CONSEGNARLI SUCCESSIVAMENTE!!!

DATA

FIRMA DI UN GENITORE/LEGALE RAPPRESENTANTE DEL MINORE

RICORDA

LA SEGUENTE SEZIONE E' DA COMPILARE ESCLUSIVAMENTE CON RIFERIMENTO A MINORI NON ACCOMPAGNATI ALLA VISITA DA GENITORI/LEGALI RAPPRESENTANTI.

Il sig./la sig.ra _____, genitore o legale rappresentante dell'interessato,

autorizza _____ a conoscere le informazioni raccolte tramite il presente modulo, necessarie a valutare eventuali condizioni che possono limitare o controindicare una determinata attività agonistica, e a comunicarle al personale medico di Ortoraad Srl per l'erogazione della prestazione richiesta.

DATA

FIRMA DI UN GENITORE/LEGALE RAPPRESENTANTE DEL MINORE

DICHIARAZIONE

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____

il _____

Dichiara di essere stato/a informato/a dal Dott. _____, Specialista in Medicina dello Sport, dei possibili rischi per la salute, anche a distanza di tempo, conseguenti all'infezione da Sars-COV-2.

Pertanto, ai fini della salvaguardia della salute, si impegna a comunicare, oltre che al Medico di Medicina Generale o al Pediatra di Libera Scelta, al Medico Sociale (ove presente) della Società/Federazione Sportiva Nazionale/Ente di Promozione Sportiva/Disciplina Sportiva Associata e al Medico Specialista in Medicina dello Sport/Struttura di Medicina dello Sport che ha rilasciato la certificazione d'idoneità, una eventuale positività al Covid-19 (anche in assenza di sintomi) o del sopraggiungere di sintomatologia riferibile (tra i quali, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, temperatura corporea > 37,5 °C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia – disturbi dell'olfatto, agusia – disturbi del gusto) comparso successivamente alla data della visita odierna.

Data e Luogo _____

L'interessato *

* in caso di minore, è necessaria anche la firma dei genitori o dell'esercente la responsabilità genitoriale

I Genitori o l'esercente la responsabilità genitoriale _____

(in caso di atleta minore)

Il Medico Specialista in Medicina dello Sport _____

DICHIARAZIONE

Il sottoscritto _____

nato a _____ il ____/____/____ e residente in _____

Attesta

☐ di non aver avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19.

☐ di non aver avuto sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 tra i quali, temperatura corporea > 37,5 °C,

tosse, astenia (malessere, mancanza di forze) dispnea (difficoltà di respirazione), mialgie (dolori muscolari)

diarrea, anosmia (perdita di olfatto) agnosia (perdita del gusto) nelle ultime settimane.

☐ di non aver avuto contatti a rischio con persone che sono state affette da coronavirus (familiari,

luogo di lavoro, eccetera).

In fede,

[data e firma]

Note

1. In caso di minori, la dichiarazione deve essere compilata e sottoscritta da entrambi i genitori.

2. Le informazioni di cui sopra saranno trattate in conformità al Regolamento UE n.2016/679 (regolamento generale sulla protezione dei dati personali) per le finalità e le modalità di cui all'informativa resa ai sensi

dell'art.13 del predetto Regolamento.