



VISITA ED ACCERTAMENTI PER IDONEITÀ AGONISTICA SPORTIVA PER MAGGIORENNI:
AUTODICHIARAZIONE DATI SANITARI, CONSENSO INFORMATO

Si raccomanda la lettura, la compilazione e la firma in ogni parte in cui è richiesta (totale fogli 4)

Io sottoscritto/a

Codice Fiscale

nato a

Prov

il

telefono/cell

IL MODULO DEVE ESSERE CONSEGNATO COMPILATO E FIRMATO AL MOMENTO DELLA VISITA.

IN CASO CONTRARIO NON SARÀ POSSIBILE EFFETTUARE LA VISITA.

Istruzioni per la compilazione: barrare con una X il NO o il SI in tutte le domande

In caso di dubbi nelle risposte saranno forniti chiarimenti da parte del medico al momento della visita

| | | |
|---|---|---|
| È questa la prima visita di idoneità agonistica? NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> | Ha fatto la visita di idoneità agonistica presso centri privati? NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> | È mai risultato NON idoneo? NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> <i>Se sì, perché?</i> |
|---|---|---|

1. Informazioni sanitarie sulla famiglia dell'atleta

Genitori, zii, nonni, fratelli, sorelle dell'atleta hanno o hanno avuto in passato:

| I DATI SONO VARIATI RISPETTO LA VISITA PRECEDENTE? | | | | | | | | | | NO | SI |
|--|----|----|-------------------------------|----|----|----------------------------------|----|----------------|-----------------------|----|----|
| Malattie cuore Chi? | NO | SI | Pressione alta Chi? | NO | SI | Ictus Chi? | NO | SI | Aritmie Chi? | NO | SI |
| Infarto Chi? | NO | SI | Problemi renali Chi? | NO | SI | Colesterolo alto Chi? | NO | SI | Diabete Chi? | NO | SI |
| Problemi tiroide Chi? | NO | SI | Morti improvvise? | NO | SI | Se SI, chi e a che età? | | Altro | | NO | SI |

2. Raccolta dati fisiologici riguardanti l'atleta

| I DATI SONO VARIATI RISPETTO LA VISITA PRECEDENTE? | | | | | | NO | SI |
|---|--|---|---|--|--|----|----|
| Nato da parto: | Naturale NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> | Cesareo NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> | Gemellare NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> | Prematuro NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> | Complicato NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> | | |
| Età del primo ciclo mestruale dell'atleta se donna: Anni | | | | Esegue annualmente bilancio della salute dal medico curante? NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> | | | |

3. Informazioni sulle abitudini dell'atleta

| Fumo | | NO | SI | Alcool | | NO | SI | Usa integratori | | NO | SI | Bevanda/e principale della giornata | | |
|--|--|----|--|-------------------------|--|----|---|---|--|---|---|-------------------------------------|--|--|
| Nr. sigarette al giorno | | | <input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Moderato <input type="checkbox"/> Frequente | | | | <input type="checkbox"/> Vitaminici <input type="checkbox"/> Proteici <input type="checkbox"/> Salinici Altro | | | | <input type="checkbox"/> Acqua <input type="checkbox"/> Bevande gassate <input type="checkbox"/> Energy drink Altro | | | |
| Fa colazione | | NO | SI | Mangia frutta e verdura | | NO | SI | Ore attività sportiva organizzata a settimana | | Ore di attività fisica libera a settimana | | | | |
| <input type="checkbox"/> Bevande (anche yogurt) <input type="checkbox"/> Bevanda+prod. forno/cereali <input type="checkbox"/> Bevanda+prod. forno+frutto <input type="checkbox"/> Altro | | | Nr. porzioni al giorno: <input type="checkbox"/> 0-1 <input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 2-3 <input type="checkbox"/> 3-4 <input type="checkbox"/> 4-5 <input type="checkbox"/> Altro | | | | <input type="checkbox"/> 0-4 <input type="checkbox"/> 4-8 <input type="checkbox"/> 8-12 <input type="checkbox"/> Più di 12 | | <input type="checkbox"/> 0-3 <input type="checkbox"/> 3-6 <input type="checkbox"/> Più di 6 | | | | | |

4. Raccolta dati patologici riguardanti l'atleta

| I DATI SONO VARIATI RISPETTO ALLA VISITA PRECEDENTE? | | | | | | | | | | | | | NO | SI | | | |
|--|----|----|---|----|---|-------------------------|--|----|----------------------------------|--------|----|-----------------------------------|--|----|--------------------|----|----|
| Ha eseguito le vaccinazioni obbligatorie? | | | NO | SI | Ha avuto la Mononucleosi Se sì, a che età? | | | NO | SI | Anemia | NO | SI | Diabete | NO | SI | | |
| Malattie del cuore | NO | SI | Soffio | NO | SI | Valvole | NO | SI | Aritmie | NO | SI | Miocardite | NO | SI | Altro | | |
| Malattie apparato respiratorio | NO | SI | Tonsilliti | NO | SI | Sinusiti | NO | SI | Bronchiti | NO | SI | Polmoniti | NO | SI | Asma da sforzo | NO | SI |
| | | | Asma allergico | NO | SI | Altro | | | | | | | | | | | |
| Manifestazioni anomale durante sport | NO | SI | Mancanza di respiro | NO | SI | Dolore al petto | NO | SI | Palpitazioni | NO | SI | Vertigini | NO | SI | Altro | | |
| Malattie intestino | NO | SI | Fegato | NO | SI | Epatite A | NO | SI | Epatite B | NO | SI | Epatite C | NO | SI | Salmonellosi | NO | SI |
| | | | Celiachia | NO | SI | Gastrite | NO | SI | Altro | | | | | | | | |
| Malattie del rene | NO | SI | Sangue nelle urine | NO | SI | Proteine nelle urine | NO | SI | Altro | | | Febbre reumatica | NO | SI | Artrite reumatoide | NO | SI |
| Apparato locomotore | | | Scoliosi | NO | SI | Dorso curvo | NO | SI | Piede piatto | NO | SI | Piede cavo | NO | SI | Altro | | |
| Apparato neurologico | | | Mal di testa | NO | SI | Convulsioni | NO | SI | Epilessia | NO | SI | Trauma cranico | NO | SI | Altro | | |
| Allergie | NO | SI | Quali allergie? | | | Allergia cutanea | NO | SI | Allergia respiratoria | NO | SI | Shock allergico | NO | SI | Malattie tiroidee | NO | SI |
| Ha fatto visita oculistica recente | NO | SI | Problemi agli occhi | NO | SI | Miopia | NO | SI | Ipermetropia | NO | SI | Astigmatismo | NO | SI | Strabismo | NO | SI |
| Difficoltà nella visione dei colori | NO | SI | Problemi orecchio | NO | SI | Otiti | NO | SI | Riduzione udito | NO | SI | Sordità | NO | SI | Altro | | |
| Ricoveri per interventi | NO | SI | Adenoidi | NO | SI | Tonsille | NO | SI | Appendicite | NO | SI | Ernia inguinale | NO | SI | Altri interventi | NO | SI |
| Ha avuto traumi | NO | SI | Distorsioni Cosa? | NO | SI | Fratture Cosa? | NO | SI | Lesioni muscolari Cosa? | NO | SI | Menischi/legamenti Cosa? | NO | SI | Altro | | |
| Prende farmaci? | NO | SI | Quali e per quale motivo | | | | Ha mai fatto ecografia cardiaca? Se sì, per quale motivo? | | | | NO | SI | Ha mai fatto holter cardiaco 24 ore? Se sì, per quale motivo? | | | NO | SI |
| Altre comunicazioni | | | | | | | | | | | | | | | | | |

HO COMPILATO QUANTO SOPRA E DICHIARO:

di AVER INFORMATO correttamente il medico delle mie condizioni psico-fisiche attuali e delle malattie precedenti e di **non essere mai stato dichiarato NON idoneo in precedenti visite medico sportive di legge**. Inoltre mi impegno a non fare uso di droghe riconosciute illegali e prendo atto dei rischi derivanti dal fumo di tabacco e dall'abuso di alcol.

Data _____

Firma

CONSENSO INFORMATO

INFORMAZIONI SULLE MODALITÀ DELLA VISITA E DEGLI ACCERTAMENTI PER IDONEITÀ ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ SPORTIVA AGONISTICA:

Durante la visita, oltre al raccordo anamnestico, saranno effettuate: la visita medica con esame obiettivo e rilevazione della pressione arteriosa, misurazioni antropometriche (peso, altezza, ...), controllo esame urine per presa visione, un ECG a riposo ed eventualmente un test spirometrico.

Per le discipline sportive agonistiche previste nella Tab. B, la normativa prevede il test da sforzo che valuta l'apparato cardiovascolare, per la riduzione del rischio di morte improvvisa.

Tecnicamente il test da sforzo viene eseguito tramite monitoraggio continuo del cuore (telemetria) utilizzando lo step test o il tapis roulant o il cicloergometro o il cicloergometro a manovella, con valutazione nella fase di recupero dopo lo sforzo.

Il test da sforzo è nella grandissima maggioranza dei casi un test sicuro. Può essere seguito da lievi disturbi transitori (malessere, debolezza, crampi alle gambe, dolore toracico). Dagli studi scientifici eseguiti risulta l'eventualità assolutamente eccezionale di morte improvvisa. Viene riportata una frequenza di circa un caso ogni 80.000 esami (GH Kimberly, 2014). Rispetto a questo dato, la sicurezza dell'attività svolta nei nostri centri è ancora maggiore, perché il test viene eseguito soltanto al termine di un'accurata visita medica e dopo l' ECG a riposo. Inoltre, Il medico è sempre presente ed il personale ha a disposizione le opportune attrezzature per l'emergenza.

DICHIARO:

- di ESSERE STATO INFORMATO in modo chiaro ed a me comprensibile, a voce e per iscritto, sullo svolgimento e sui rischi della visita medico sportiva (D.M. 18/02/1982 e DGR 775/2004 e succ. int.) e i relativi accertamenti;
- di AVERE OTTENUTO RISPOSTE E SPIEGAZIONI CHE HO BEN COMPRESO ad eventuali richieste di chiarimenti;

Pertanto, consapevolmente

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

(barrare con una x la voce che interessa)

alla visita ed ai relativi accertamenti.

Data _____

Firma

Firma e timbro del MEDICO
CHE ACQUISISCE IL CONSENSO

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

Per le finalità connesse alla richiesta di idoneità alla pratica sportiva agonistica, informato e secondo le modalità di cui alla specifica normativa in materia, secondo il GDPR UE 2016/679 (General Data Protection Regulation), autorizzo i Sanitari dell'Unità Operativa Medicina dello Sport dell'Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia a trattare ed archiviare i dati personali, compresi quelli relativi alla mia visita di idoneità, ad utilizzare lo strumento Data Warehouse Clinico dal quale risalire alla banca dati sanitaria della Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia, utili alla valutazione di idoneità sportiva agonistica, da me richiesta.

Il titolare del trattamento è il Responsabile di Unità Operativa Dott. Gianni Zobbi. L'informativa completa sul trattamento dei dati personali e sensibili da parte dell'Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia è disponibile sulla pagina internet all'indirizzo <http://www.ausl.re.it/privacy>

Data _____

Firma

I dati personali e sanitari raccolti in occasione della visita di medicina dello sport, potranno essere utilizzati, rigorosamente in forma anonima, a fini statistici, scientifici e di ricerca.

Pertanto, consapevolmente

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

(barrare con una x la voce che interessa)

Data _____

Firma

IL MODULO DEVE ESSERE CONSEGNATO COMPILATO E FIRMATO AL MOMENTO DELLA VISITA.

IN CASO CONTRARIO NON SARÀ POSSIBILE EFFETTUARE LA VISITA.