

Questionario per la Valutazione dell' Idoneità all' Attività Fisica

Nominativo Atleta Nato il/...../..... a

Residente a Via Tel

Tessera Sanitaria (cod. assistito) Cod. Fisc.

Doc. Identità n° Rilasciato da il/...../.....
(atleta maggiorenne, genitore o accompagnatore)

DOMANDE RIFERITE AI FAMILIARI (genitori, fratelli, nonni)

Diabete	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Asma	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Ipertensione Arteriosa	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Morte improvvisa	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Cardiopatía ischemica o infarto	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Altro	

DOMANDE RIFERITE AGLI ATLETI DA VISITARE

Per le donne : data ultima mestruazione

Per gli uomini : abile al servizio di leva SI NO

se la risposta è no perchè

Tipo di lavoro praticato

Quante sigarette fumi al giorno ?

Bevi alcolici o superalcolici ? SI NO

Assumi Abitualmente Farmaci ? SI NO

se la risposta è SI quali e perchè

Sei attualmente o hai finito da poco una cura con dei farmaci SI NO

se SI quali e perchè

Soffri o hai sofferto di Malattie come :

- ▶ Diabete SI NO
- ▶ Malattie neurologiche od epilessia SI NO
- ▶ Ipertensione arteriosa SI NO
- ▶ Malattie cardiache SI NO
- ▶ Aritmie cardiache SI NO
- ▶ Interventi chirurgici subiti.....
- ▶ Infortuni rilevanti o fratture
- ▶ Altro.....

QUANDO PRATICHI SPORT ACCUSI DISTURBI IMPROVVISI, DOLORI TORACICI O SVENIMENTI ? SI NO

Hai già eseguito visite per l' idoneità agonistica ? SI NO

Sei mai stato giudicato non idoneo o sospeso nel corso di tali visite ? SI NO

se si per qual motivo ?

DICHIARAZIONE : tale dichiarazione va sottoscritta dal visitatore o, nel caso abbia meno di 18 anni, da un genitore o da un accompagnatore responsabile.

Io sottoscritto dichiaro di aver informato esattamente il medico delle mie attuali condizioni psicofisiche, delle affezioni precedenti e di non essere mai stato dichiarato non idoneo in precedenti visite sportive di legge. Inoltre m' impegno a non far uso di droghe riconosciute illegali. Dò atto di essere informato dei pericoli derivanti dal fumo di tabacco, di sostanze dopanti e dall' abuso di alcool. (dichiarazione ai sensi del D.M. 18.2.92)

Nominativo in stampatello del Genitore/tutore
(solo se l' atleta è minorenne)

Firma dell' atleta o del genitore/tutore (solo se l' atleta è minorenne)

data ____/____/_____

Consenso Informato PROVA DA SFORZO con step-test e/o con cicloergometro nell' ambito della diagnostica Cardiologica

Nominativo Atleta _____ Nato a _____ il ____/____/____

La prova da sforzo con step-test e/o con cicloergometro per diagnostica cardiologica viene praticata con carichi di lavoro crescenti in modo tale da determinare un aumento della frequenza cardiaca e della pressione arteriosa proporzionale allo sforzo eseguito. Ciò comporta un aumento del lavoro cardiaco e del consumo di ossigeno miocardico. La prova viene eseguita per determinare l' eventuale presenza di un inadeguato apporto d' ossigeno al miocardio attraverso il circolo coronarico arterioso. Viene inoltre eseguita per accertamento di eventuali aritmie cardiache, per valutazioni dello stato funzionale cardio-respiratorio a scopo di valutazione sportiva o di lavoro. E' pertanto una prova che può sottoporre il paziente a disturbi cardiaci e modificazioni dei valori pressori arteriosi; in caso di patologie cardio-ischemiche potrebbe indurre, al limite, anche la comparsa di eventi cardiaci maggiori (ima-sincope ...)

Il sottoscritto dichiara di aver correttamente informato l' equipe visitante delle condizioni di salute, delle malattie pregresse e dei farmaci assunti, nonché dichiara di non aver assunto sostanze in grado di falsare i risultati derivanti dalla normale risposta fisiologica allo stress.

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza del fatto che l' accettazione del consenso informato permette di procedere all' esame per il rilascio dell' idoneità.

Accetto il consenso informato

NON Accetto il consenso informato

Nominativo in stampatello del Genitore/tutore
(solo se l' atleta è minorenne)

Firma dell' atleta o del genitore/tutore (solo se l' atleta è minorenne)

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 i Titolari del trattamento ad ogni effetto di legge sono gli amministratori della società Sport Medical Village s.r.l. e che il Responsabile del trattamento è il dr. Toscani Responsabile Sanitario della struttura.
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.

Nome e Cognome.....Cod. fisc.....

Nato/a..... il/...../.....

Data...../...../.....

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