



**VISITA ED ACCERTAMENTI PER IDONEITA' AGONISTICA SPORTIVA PER MAGGIORENNE:
AUTODICHIARAZIONE DATI SANITARI, CONSENSO INFORMATO.**

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

Io sottoscritto/a **C.Fiscale**.....

nato a **Prov.**..... il/...../.....

Telefono/cell

Istruzioni per la compilazione: barrare con una X il NO o il SI a 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 SI	Ha fatto la visita di idoneità agonistica presso altri centri? NO SI	È mai risultato NON idoneo? Perché? NO SI
--	--	---

1) informazioni sanitarie sulla famiglia: riguardo a genitori, zii, nonni, fratelli, sorelle dell'atleta che sono stati affetti o sono affetti dalle seguenti malattie; **I DATI SONO VARIATI RISPETTO LA VISITA PRECEDENTE ? NO SI**

Malattie cuore: NO SI Chi?	Pressione alta NO SI Chi?	Ictus NO SI Chi?	Altro NO SI Chi?
Aritmie NO SI Chi?	Colesterolo alto NO SI Chi?	Problemi renali NO SI Chi?	Morti improvvise NO SI Chi e a che età?
Infarto NO SI Chi?	Diabete NO SI Chi?	Problemi tiroide NO SI Chi?	
Altro NO SI			

2) Raccolta dati fisiologici riguardanti l'atleta: **I DATI SONO VARIATI RISPETTO LA VISITA PRECEDENTE ? NO SI**

Nato da parto: normale NO SI cesareo NO SI complicato NO SI	gemellare NO SI prematuro NO SI	Età primo ciclo mestruale: anni?	Esegue annualmente bilancio della salute dal medico curante? NO SI
---	---------------------------------	--	--

3) Informazioni sulle abitudini dell'atleta

Fumo NO SI num.sig./die..... Alcool NO SI <input type="checkbox"/> occasionale <input type="checkbox"/> moderato <input type="checkbox"/> spesso	Usa integratori NO SI <input type="checkbox"/> vitaminici <input type="checkbox"/> salini <input type="checkbox"/> proteici <input type="checkbox"/> Altro	Bevanda/e principale della giornata <input type="checkbox"/> Acqua <input type="checkbox"/> bevande gassate/dolci; <input type="checkbox"/> Energy drink <input type="checkbox"/> Altro
Fa colazione NO SI <input type="checkbox"/> bevanda (anche yogurth) <input type="checkbox"/> bevanda + prod. forno <input type="checkbox"/> bevanda + prod. forno + frutto	Mangia frutta/verdura NO SI 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	Ore attività sportiva organizzata settimana <input type="checkbox"/> 0-4 <input type="checkbox"/> 6-8 <input type="checkbox"/> 8-12 <input type="checkbox"/> più di 12 Ore attività fisica libera settimana <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 LA VISITA PRECEDENTE ? NO SI**

Ha eseguito le vaccinazioni obbligatorie? Eventualmente ha avuto: Varicella NO SI Parotite (orecchioni) NO SI Mononucleosi a che età? Altro	Malattie di cuore: NO SI Soffio NO SI Valvole NO SI Aritmie NO SI Miocardite NO SI Altro	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 ALLERGIA NO SI Allergia cutanea NO SI allergia respiratoria NO SI	Manifestazioni anomale durante attività sportiva 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	Malattie di rene: NO SI Sangue nelle urine NO SI		Apparato locomotore: Scoliosi NO SI



Epatiti , quali: A NO SI , B NO SI , C NO SI Salmonellosi NO SI M. Celiaco NO SI Gastrite NO SI	Proteine nelle urine NO SI Altro NO SI	shock allergico 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 _____	Ha eseguito una visita oculistica recente NO SI Problemi agli occhi: NO SI Miopia NO SI Ipermetropia NO SI Astigmatismo NO SI Strabismo NO SI	Febbre reumatica NO SI Artrite Reumatoide NO SI Difficoltà visione dei colori NO SI colore verde NO SI colore rosso NO SI colore blu NO SI	Problemi orecchio: NO SI Otiti NO SI Riduzione udito NO SI Sordità NO SI Altro _____
Ricoveri per interventi chirurgici NO SI	Adenoidi NO SI Tonsille NO SI Appendicite NO SI Ernia inguinale NO SI	Altri interventi NO SI	quali ? _____ _____
Ha avuto traumi? NO SI	Distorsioni NO SI Fratture NO SI Lesioni muscolari NO SI Lesioni a legamenti e/o menischi NO SI	NO SI cosa? _____ NO SI cosa? _____ NO SI cosa? _____ NO SI cosa? _____	
Sta assumendo farmaci? NO SI	Quali e per quale motivo _____		
È mai stato sottoposto a questi accertamenti e per quale motivo?: NO SI	Ecografia cardiaca? _____ Holter cardiaco 24 ore? _____		
Spazio riservato ad altre comunicazioni o precisazioni sui precedenti _____ _____			

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 MODALITA' 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, Codice privacy Dlgs.vo 196/03, autorizzo i Sanitari dell'Unità Operativa Medicina dello Sport dell'AUSL 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 AUSL di Reggio Emilia e della Azienda Ospedaliera Santa Maria Nuova, 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 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 PRESENTE MODULO DEVE ESSERE CONSEGNATO COMPILATO AL MOMENTO DELLA VISITA.
IN CASO CONTRARIO NON SARA' POSSIBILE EFFETTUARE LA VISITA**