SERVIZIO DI MEDICINA DELLO SPORT DELLA ULSS2 MARCA TREVIGIANA - DISTRETTO DI PIEVE DI SOLIGO

SCHEDA ANAMNESI IDONEITA' SPORTIVA

Cognome _____ Nome _____

Nato/a il _____ a _____

Residente a _____ in Via _____

Doc. identità _____ Codice Fiscale _____

Tel. _____ e-mail _____

Sport per cui è richiesta la visita _____ anni di attività sportiva _____

Società sportiva di appartenenza _____

Svolge regolarmente altri sport? SI' NO Quali _____

Si sta allenando regolarmente? SI' NO Per quante ore alla settimana? _____

(BARRARE CIO' CHE INTERESSA)

MALATTIE RIGUARDANTI LA FAMIGLIA (specificare se genitore, fratello, sorella, nonno, nonna ecc...)

Cardiomiopatia ipertrofica	SI' NO		Malattia valvole cardiache	SI' NO	
Cardiomiopatia dilatativa	SI' NO		Ipertensione	SI' NO	
Displasia aritmogena ventricolo dx	SI' NO		Aritmia	SI' NO	
Infarto/Malattia coronarica	SI' NO		Diabete	SI' NO	
Morte improvvisa	SI' NO		Asma	SI' NO	
Dislipidemia	SI' NO		Tumori	SI' NO	
Ictus	SI' NO		Altro	SI' NO	

NOTIZIE RIGUARDANTI L'ATLETA

Infarto/Malattia coronarica	SI' NO		Cardiomiopatia ipertrofica	SI' NO	
Malformazione congenita	SI' NO		Cardiomiopatia dilatativa	SI' NO	
Miocardite/Pericardite	SI' NO		Displasia aritmogena ventricolo dx	SI' NO	
Ipertensione arteriosa	SI' NO		Malformazione valvolare	SI' NO	
Insufficienza venosa/varici	SI' NO		Arteriopatia	SI' NO	
Aritmia/extrasistoli	SI' NO		Altro	SI' NO	

Morbillo	SI' NO	Pleurite	SI' NO	Tiroiditi	SI' NO
Varicella	SI' NO	Polmonite	SI' NO	Malattie di stomaco	SI' NO
Rosolia	SI' NO	Sinusite	SI' NO	Malattie di reni	SI' NO
Scarlattina	SI' NO	Fibrosi cistica	SI' NO	Malattie di intestino	SI' NO
Parotite	SI' NO	Febbre reumatica	SI' NO	Malattia celiaca	SI' NO
Pertosse	SI' NO	Allergie	SI' NO	Svenimento	SI' NO
Epatite virale	SI' NO	Asma	SI' NO	Epilessia	SI' NO
Mononucleosi	SI' NO	Eczema	SI' NO	Sclerosi multipla	SI' NO
Tonsillite	SI' NO	Anemia	SI' NO	Traumi oculari	SI' NO
Otite	SI' NO	Diabete	SI' NO	Patologie oculari	SI' NO
TBC	SI' NO	Dislipidemia	SI' NO	Ipoacusia / Sordità	SI' NO

Trauma cranico	SI' NO	Contratture muscolari	SI' NO	Rialzo al piede	SI' NO
Fratture	SI' NO	Scoliosi	SI' NO	Plantare	SI' NO
Distorsioni articolari	SI' NO	Dorso curvo	SI' NO	Scarpe ortopediche	SI' NO
Lussazione anca	SI' NO	Scapole alate	SI' NO	Protesi	SI' NO
Lussazioni articolari	SI' NO	Piede piatto	SI' NO	Altro	SI' NO
Stiramenti muscolari	SI' NO	Busti correttivi	SI' NO		
Strappi muscolari	SI' NO	Ginnastica correttiva	SI' NO		

E' portatore di occhiali e/o lenti a contatto? SI' NO			
Miopia ☐	Astigmatismo ☐	Ipermetropia ☐	Altro

Età prima mestruazione _____	Data ultima mestruazione __/__/__	Il ciclo è regolare? SI' NO

INTERVENTI CHIRURGICI

Tonsille	SI' NO	a _____ anni	Adenoidi	SI' NO	a _____ anni
Ernia	SI' NO	a _____ anni	Appendice	SI' NO	a _____ anni

IMS SRL - VIA L. DE NADAI, 4 – VITTORIO VENETO (TV) - TEL. 0438/55.62.05 - FAX 0438/556832 E-MAIL: segreteria@centromedicinadellosport.it

ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI: SI' NO

Quali? _____

Quando? _____

per quanto tempo ha sospeso l'attività? _____

ATTUALMENTE STA FACENDO CURE MEDICHE O PRENDENDO FARMACI? SI' NO

Quali? _____

Per quale motivo? _____

ESAMI SPECIALISTICI ESEGUITI:

_____

ALTRE NOTIZIE PARTICOLARI

_____

ABITUDINI: ☐ FUMO ☐ ALCOOL

ANAMNESI CARDIOLOGICA

È mai svenuto a riposo, durante o subito dopo uno sforzo fisico?	SI' NO
Ha mai avuto la sensazione di battito cardiaco mancante?	SI' NO
Quando compie uno sforzo fisico (gara, scale): • senso di costrizione tipo sbarra al centro del torace? • accusa o ha accusato mancanza di respiro?	SI' NO SI' NO
Ha mai accusato episodi di improvvisa accelerazione del battito cardiaco con altrettanto improvviso ritorno alla normalità?	SI' NO
È mai stato sospeso dall'attività sportiva in precedenti visite per motivi cardiologici?	SI' NO
È mai stato sottoposto ad ulteriori accertamenti cardiologici? Quali? _____	SI' NO

DICHIARAZIONE AI SENSI DELLA CIRCOLARE REGIONE VENETO N. 23694 DEL 20/06/1986

In passato è mai stato sottoposto a visita medica di idoneità agonistica? SI' ☐ NO ☐

A seguito dell'ultima visita sportiva, eseguita nell'anno _____ presso _____ è stato dichiarato

IDONEO ☐ **NON IDONEO** ☐ per quali i motivi? _____

☐ **SOSPESO** per quanto tempo _____ per quali motivi? _____

Luogo, data _____ **FIRMA** _____

dell'atleta (se maggiorenne) oppure di un genitore per i minorenni

CONSENSO INFORMATO

Dichiaro di aver ricevuto la "Nota Informativa e Consenso Informato Test Ergometrico" e di essere consapevole dei pericoli derivanti dall'uso di fumo di tabacco, di sostanze dopanti , dall'abuso di alcool e dal non rispetto dei protocolli vaccinali vigenti.

Luogo, data _____ **FIRMA** _____

dell'atleta (se maggiorenne) oppure di un genitore per i minorenni

DICHIARAZIONE DI VERIDICITA' DELLE INFORMAZIONI RESE

Il sottoscritto (nome e cognome del genitore/tutore in caso di atleti minori) _____ nato a _____il_____, dichiara sotto la propria responsabilità che le notizie fornite nella presente "scheda anamnesi idoneità sportiva", che rivestono valenza medico legale, sono complete e veritiere, per cui in caso di dichiarazioni false contenenti omissioni di dati o non rispondenti a verità, s'incorrerà nelle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del DPR 445/2000.

Luogo, data _____ **FIRMA** _____

dell'atleta (se maggiorenne) oppure di un genitore per i minorenni

NOTA INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO
TEST ERGOMETRICO

TEST ERGOMETRICO (PROVA DA SFORZO) – MINORENNI e UNDER 35

Il Test Ergometrico (Prova da sforzo) è un test di valutazione funzionale che permette di verificare il comportamento di svariati parametri cardiaci ed elettrocardiografici durante l'esecuzione di uno sforzo fisico ben standardizzato. Le informazioni che si ottengono sono molto importanti e permettono di gestire in modo preciso sia le successive tappe diagnostiche che l'eventuale terapia cardiologica necessaria. Il test da sforzo, monitorato ed eseguito con protocollo a carico costante, si effettua con cicloergometro o step-test e ha una durata media di circa 3-5 minuti. Come ogni procedura medica, anche il test da sforzo può portare il rischio di complicanze (aritmie semplici, ipotensione arteriosa associata a sudorazione, debolezza, offuscamento della vista). Queste sono molto rare, di lieve entità e del tutto reversibili con la sospensione dello sforzo. Solo eccezionalmente sono state registrate complicanze gravi (aritmie complesse, sincope). Per questi motivi il test da sforzo viene condotto da personale esperto e qualificato.

Io sottoscritto (Cognome e Nome): _____

in qualità di: ☐ Paziente interessato ☐ Genitore/Tutore del Paziente: (Cognome e Nome): _____

DICHIARO

- di essere stato esaurientemente informato mediante la nota informativa allegata e di averne compreso il significato
- di aver compreso i seguenti aspetti:
  - le finalità del test e le modalità di esecuzione dello stesso;
  - le norme comportamentali da seguire prima dell'esecuzione del test;
  - gli eventuali disturbi che potrebbero insorgere durante l'indagine (dolore al petto, difficoltà nella respirazione, palpitazioni, senso di mancamento);
  - la necessità di avvertire tempestivamente il personale medico e infermieristico presente non appena tali sintomi dovessero manifestarsi.

☐ **ACCONSENTO** ☐ **NON ACCONSENTO**
ad effettuare il test ergometrico (prova da sforzo) e sottopormi agli accertamenti i obbligatori previsti dal D.M. 18/02/1982 o prescritti dal Medico per il rilascio del certificato di idoneità sportiva.

Data presa visione e consenso: Firma del Paziente/Genitore/Tutore: Firma dello specialista

_____ _____ _____

TEST ERGOMETRICO MASSIMALE (TEM) – OVER 35

Il test ergometrico massimale consiste in una prova da sforzo ben standardizzata condotta in genere mediante l'uso di un cicloergometro (cyclette), applicando carichi di lavoro progressivamente crescenti fino a raggiungere l'esaurimento muscolare o la massima frequenza cardiaca possibile oppure fino all'eventuale comparsa di segni o sintomi (tipo di ergometro e protocollo di lavoro vengono scelti dal medico in base all'età e alla storia clinica del paziente). Durante il test viene registrato in continuo un elettrocardiogramma e viene monitorizzata la pressione arteriosa, permettendo di verificare il grado di tolleranza allo sforzo ed il comportamento di svariati parametri cardiovascolari, molto importanti per gestire in modo ottimale l'iter diagnostico e/o terapeutico di eventuali anomalie rilevate. Il test da sforzo ha una durata media di circa 15-20 minuti ed è seguito da un periodo di defaticamento di 5-10 minuti. Come ogni procedura medica anche il test da sforzo può avere il rischio di complicanze, in genere molto rare, di lieve entità (aritmie semplici, ischemia miocardica, ipotensione arteriosa associata a sudorazione, debolezza, offuscamento della vista) e reversibili con la sospensione dello sforzo. Solo eccezionalmente sono state registrate complicanze gravi (aritmie complesse, angina pectoris, sincope). Il test per questi motivi viene condotto con particolare attenzione da personale esperto e qualificato, addestrato all'occorrenza ad affrontarle in modo corretto.

Io sottoscritto (Cognome e Nome): _____

in qualità di: ☐ Paziente interessato ☐ Genitore/Tutore del Paziente: (Cognome e Nome): _____

DICHIARO

- di essere stato esaurientemente informato mediante la nota informativa allegata e di averne compreso il significato;
- di aver compreso i seguenti aspetti:
  - le finalità del test e le modalità di esecuzione dello stesso;
  - le norme comportamentali da seguire prima dell'esecuzione del test;
  - gli eventuali disturbi che potrebbero insorgere durante l'indagine (dolore al petto, difficoltà nella respirazione, palpitazioni, senso di mancamento);
  - la necessità di avvertire tempestivamente il personale medico e infermieristico presente non appena tali sintomi dovessero manifestarsi.

☐ **ACCONSENTO** ☐ **NON ACCONSENTO**
ad effettuare il test ergometrico massimale (TEM) e sottopormi agli accertamenti obbligatori previsti dal D.M. 18/02/1982 o prescritti dal Medico per il rilascio del certificato di idoneità sportiva.

Data presa visione e consenso: Firma del Paziente/Genitore/Tutore: Firma dello specialista

_____ _____ _____

ISTITUTO DI MEDICINA DELLO SPORT E DELL'ATTIVITA' MOTORIA SRL

***

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/La sottoscritto/a _____

Codice Fiscale _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____

Via _____

Tel. _____ Cell. _____

E-mail: _____, essendo stato informato:

- ☐ dell'identità del Titolare del trattamento dei dati
- ☐ dell'identità del Responsabile della protezione dei dati
- ☐ della misura, modalità con le quali il trattamento avviene
- ☐ delle finalità del trattamento cui sono destinati i dati personali
- ☐ del diritto alla revoca del consenso

Così come indicati nell'Informativa di cui all''art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679

DICHIARA

- ☐ **di consentire**
- ☐ **di non consentire**

ai sensi e per gli effetti dell'art. 7 e ss. del Regolamento (UE) 2016/679 e successive modifiche ed integrazioni, nonché della normativa, anche nazionale, in materia di protezione dei dati personali, applicabile *pro tempore*, al trattamento dei dati personali ad opera dei soggetti indicati nella predetta informativa, per le finalità indicate, secondo le modalità e nei limiti di cui alla stessa.

Senza il Suo consenso non sarà possibile fornire, in tutto o in parte, i servizi richiesti.

Il Titolare del trattamento dei dati è ISTITUTO DI MEDICINA DELLO SPORT E DELL'ATTIVITA' MOTORIA S.R.L. con sede in via L. De Nadai n. 4, Vittorio Veneto (TV). In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del Titolare del trattamento, ai sensi degli artt. 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 e 20 del Reg. UE 2016/679, per avere informazioni, accesso, portabilità, rettifica, cancellazione o limitazione sul trattamento dei Suoi dati.
Per ulteriori informazioni si rinvia all'informativa utente per il trattamento dei dati fornita ai sensi dell'art. 13 del predetto Regolamento, disponibile per la consultazione presso la nostra sede e nel sito internet www.istitutodimedicinadellosport.it.

Letto, confermato e sottoscritto

_____, Li _____

_____

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)

ISTITUTO DI MEDICINA DELLO SPORT E DELL'ATTIVITA' MOTORIA SRL

***

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER MINORENNI

Il/La sottoscritto/a_____ Codice Fiscale _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ Via _____

Tel. _____ Cell. _____

E-mail: _____

nella qualità di genitore esercente la potestà genitoriale sul minore

Nome e Cognome_____ Codice Fiscale _____

nato _____ il _____

residente a _____ Via _____

essendo stato informato:

- ☐ dell'identità del Titolare del trattamento dei dati
- ☐ dell'identità del Responsabile della protezione dei dati
- ☐ della misura, modalità con le quali il trattamento avviene
- ☐ delle finalità del trattamento cui sono destinati i dati personali
- ☐ del diritto alla revoca del consenso

Così come indicati nell'informativa sottoscritta ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679

DICHIARA

- ☐ **di consentire**
- ☐ **di non consentire**

ai sensi e per gli effetti dell'art. 7 e ss. del Regolamento (UE) 2016/679 e successive modifiche ed integrazioni, nonché della normativa, anche nazionale, in materia di protezione dei dati personali, applicabile *pro tempore*, al trattamento dei dati personali ad opera dei soggetti indicati nella predetta informativa, per le finalità indicate, secondo le modalità e nei limiti di cui alla stessa.

Senza il Suo consenso non sarà possibile fornire, in tutto o in parte, i servizi richiesti.

Il Titolare del trattamento dei dati è ISTITUTO DI MEDICINA DELLO SPORT E DELL'ATTIVITA' MOTORIA S.R.L., con sede in via L. De Nadai n. 4, Vittorio Veneto (TV). In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del Titolare del trattamento, ai sensi degli artt. 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 e 20 del Reg. UE 2016/679, per avere informazioni, accesso, portabilità, rettifica, cancellazione o limitazione sul trattamento dei Suoi dati e dei dati del minore. Per ulteriori informazioni si rinvia all'informativa utente per il trattamento dei dati fornita ai sensi dell'art. 13 del predetto Regolamento, disponibile per la consultazione presso la nostra sede e nel sito internet www.istitutodimedicinadellosport.it.

Letto, confermato e sottoscritto

_____, Li _____

_____

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)

Al Servizio Prenotazioni di Medicina Sportiva della ULSS2 – Distretto 7
c/o ISTITUTO DI MEDICINA DELLO SPORT E DELL'ATTIVITA' MOTORIA SRL
Via L. De Nadai, 4 – 31029 Vittorio Veneto (TV)

DELEGA DI ACCOMPAGNAMENTO

(per i minori di anni 18)

Io sottoscritto/a_____

nato a _____il ____/____/____

e residente a _____ in Via _____

DELEGO

Il/la sig/sig.ra _____

documento identificativo _____

_____

nato a _____ il ____/____/____

- ad accompagnare in mia vece con piena responsabilità il minore presso l'Istituto di Medicina dello Sport di Vittorio Veneto per la valutazione medica ai fini del rilascio del certificato di idoneità sportiva agonistica o non agonistica

Data ____/____/____

Firma del delegante

_____

Firma del delegato

_____

N.B.
La delega deve essere accompagnata da fotocopia del documento di identità del delegante e dal documento identificativo del delegato.