

SCHEDA DI VALUTAZIONE MEDICO-SPORTIVA

Notizie utili da fornire prima di effettuare la visita

Cognome e Nome

Nato/a a..... il

Residente Via..... N°.....

Recapito telefonico cell.....

Codice Fiscale.....

Sport praticati in passato.....

Sport per cui è richiesta la visita.....

Società

CONSENSO DELL'UTENTE AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI AI SENSI DELL'ART. 81 DEL D. Lgs.vo n.

196/2003

- **dopo essere stato informato dei propri diritti** (artt. 7. 8. 9. 10. 13. del D.lgs,vo n. 196/03) nei confronti del trattamento dei dati sensibili a carattere sanitario;
- **preso atto dell'obbligatorietà del conferimento dei dati richiesti** e dell'acquisizione di quelli che emergono o che potrebbero emergere nel corso della prestazione, incluso necessariamente se il soggetto è minore e i genitori sono divorziati / separati; e che comunque i trattamenti saranno effettuati nei limiti posti dalla legge, inclusi i profili inerenti l'applicazione delle misure di sicurezza;
- **esprime il proprio consenso al trattamento dei dati sensibili che lo riguardano** da parte del personale del M.d.S.;
- **accetta che tale consenso**, per i trattamenti che comportano una continuità di accesso ai dati, sarà considerato valido per ogni ulteriore accesso, sino ad eventuale revoca o rettifica da parte dell'interessato;
- **consente che tali dati saranno trattati per fini diagnostico-terapeutici e per i dovuti adempimenti amministrativi**
- **consente che sia data comunicazione in ordine al proprio stato di salute alle sotto indicate persone:**
 - a nessuno
 - a _____
- **consente** che tali dati potranno essere trattati in forma anonima al fine di svolgere indagini epidemiologiche e sanitarie, per fini di ricerca scientifica, per studi clinici e/o per sondaggi inerenti alla qualità delle prestazioni ricevute nell'M.d.S.
-

*Se minore i genitori sono divorziati, separati, con affidamento disgiunto o sotto tutela: si no

Firma dell'atleta (o del genitore per i minorenni *).....

Data visita/...../.....

ANAMNESI

Eventuali malattie riferite ai familiari (specificare quali):

<i>Diabete Mellito</i>	si	no	
<i>Trombosi o Ictus</i>	si	no	
<i>Iperensione arteriosa</i>	si	no	
<i>Cardiopatie</i>	si	no	
<i>Iper o Ipotiroidismo</i>	si	no	
<i>Altre patologie croniche importanti</i>	si	no	
<i>Note:</i>			

Anamnesi fisiologica dell'atleta:

<i>Ciclo mestruale</i>	<i>(regolare) - (irregolare) - (menopausa)</i>		
<i>Tabacco</i>	si	no	Se si quante?
<i>Alcool</i>	si	no	Se si quanto?
<i>Caffè</i>	si	no	Se si quanti?
<i>Allergie o Intolleranze alimentari</i>	si	no	Se si quali?

Malattie dell'atleta:

<i>Episodi Sincopali</i>	si	n o	<i>Reumatismi articolari</i>	si	n o	Se si quali?
<i>Iperensione arteriosa</i>	si	n o	<i>Malattie cardiache e/o aritmie</i>	si	n o	Se si quali?
<i>Emicrania o Cefalea</i>	si	n o	<i>Allergia</i>	si	n o	Se si quali?
<i>Convulsioni Febrili</i>	si	n o	<i>Asma</i>	si	n o	
<i>Crisi Epiletiche</i>	si	n o	<i>Altre patologie</i>	si	n o	Se si quali?
<i>Osteoporosi</i>	si	n o	<i>Gravidanza</i>	si	n o	Se si, settimana?

Interventi chirurgici e/o infortuni subiti dall'atleta: Si - No Se si quali:

Assume farmaci regolarmente? Si - No Se si quali:

Visite ed esami di pertinenza cardiologica? Si - No Se si quali:

Ha già effettuato visite di idoneità sportiva? Si - No Sono stati richiesti ulteriori accertamenti? Si - No

Se si quali:

Consenso informato

Il sottoscritto consente di sottoporsi all'accertamento proposto. Dichiaro altresì di essere stato pienamente ed esaurientemente informato sulle motivazioni che inducono a praticare il suddetto accertamento, sulle finalità conoscitive che a mezzo di esso sono perseguibili ed infine sulla natura dei rischi che possono verificarsi durante la sua effettuazione o in conseguenza di esso

Dichiarazione

Io sottoscritto dichiaro di aver informato esattamente il medico delle mie attuali condizioni psico-fisiche e delle affezioni precedenti e di **non essere mai stato dichiarato non idoneo**, avere in corso sospensioni o essere in attesa di giudizio da parte di altro Centro. Inoltre mi impegno a non fare uso di droghe riconosciute illegali e do atto di essere informato sui pericoli derivanti dall'uso di fumo di tabacco, di sostanze dopanti e dall'abuso di alcool. Dichiaro altresì di essere consenziente ad eventuali controlli antidoping disposti dalla legislazione vigente.

Data. / /

Firma dell'atleta (o del genitore per i minorenni)