

Studio Privato di Medicina dello Sport
Dott. V.M. De Nigris, specializzato in Medicina dello Sport
Centro Medico Fisioterapico di Via Mercato 8, Crema
Dir. Sanitario Dott. V.M. De Nigris

QUESTIONARIO ANAMNESTICO E STORICO FAMILIARE

Cognome **Nome**..... **Data di nascita**.....
Società di appartenenza **Sport**.....
 E' già stato sottoposto in passato a visite di idoneità sportiva agonistica? **SI** **Mai** **Solo buona salute**
Data dell'ultima visita **presso quale Centro**.....
Anamnesi familiare: genitori: viventi? **SI** **NO** **se no, a che età e per quale causa**.....
 Fratelli/Sorelle in vita : Quanti? ____ **SI** **NO** **se no, a che età e per quale causa**.....

Malattie dei familiari:

malattie cardiache: NO SI nonni genitori fratelli sorelle
 Ipertensione arteriosa: NO SI nonni genitori fratelli sorelle
 diabete: NO SI nonni genitori fratelli sorelle
 malattie neurologiche: NO SI nonni genitori fratelli sorelle
 ipercolesterolemia: NO SI nonni genitori fratelli sorelle
Altro.....

CASI DI MORTE IMPROVVISA IN ETA' GIOVANILE (fratelli, sorelle, genitori,cugini,zii,nonni)? SI NO

Nato di parto naturale: **SI** **NO** **Menarca (prima mestruazione) anni**

Malattie comuni dell'infanzia (morbillo, rosolia ecc):.....

N.B. Si prega di rispondere anche in caso di negazione, in caso di risposta affermativa specificare la patologia:

Reumatismo A.A.	NO	SI.....	.....	Malattie del sangue	NO	SI.....
Epatite virale	NO	SI.....	.....	Malattie dell'occhio	NO	SI.....
Malattie cardiache	NO	SI.....	.....	Malattie urogenitali	NO	SI.....
Soffi cardiaci	NO	SI.....	.....	Malattie app.digerente	NO	SI.....
Diabete	NO	SI.....	.....	Malattie ormonali	NO	SI.....
Asma	NO	SI.....	.....	Traumi cranici	NO	SI.....
Ipercolesterolemia	NO	SI.....	.....	Allergie	NO	SI.....
Ipertensione	NO	SI.....	.....	Patologie vertebrali	NO	SI.....
Epilessia	NO	SI.....	.....	Distorsioni ,Lussazioni	NO	SI.....
Otiti croniche	NO	SI.....	.....	Fratture	NO	SI.....
Malattie genetiche	NO	SI.....	.....	Tonsillectomia	NO	SI.....
Polmoniti	NO	SI.....	.....	Ernioplastica	NO	SI.....
Tumori	NO	SI.....	.....	Appendicectomia	NO	SI.....

Ha mai eseguito ECOCARDIOGRAMMA **HOLTER ECG** **TEST DA SFORZO MASSIMALE**

Ha mai avuto svenimenti? SI **NO** . **Se Si, a riposo** **durante lo sforzo**

Ha mai avuto malesseri collegati allo sforzo fisico (dolore toracico,cefalee,dispnea,palpitazioni)? SI...NO.....

Altre malattie,interventi chirurgici o ricoveri ospedalieri **NO** **SI**

Farmaci **SI** **NO** **Quali?**.....

Porta occhiali o lenti a contatto **NO** **SI**

DICHIARO DI NON ESSERE MAI STATO DICHIARATO IN PASSATO NON IDONEO PER LO SPORT AGONISTICO

DICHIARAZIONE

Io sottoscritto dichiaro di aver informato il Medico delle attuali condizioni psico-fisiche e delle affezioni precedenti di mio figlio e che egli non è mai stato dichiarato non idoneo, né ha in corso sospensioni o è in attesa di giudizio da parte di altro Centro. Inoltre mi impegno a far sì che non faccia 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'uso di alcool. Dichiaro altresì di essere consenziente ad eventuali controlli antidoping disposti dalla legislazione vigente. Sono consapevole che una dichiarazione mendace invaliderà la certificazione che riceverò nel corso della visita

Data: Firma del/i genitore (o del tutore)

CONSENSO INFORMATO

Allo scopo di ottenere “l’idoneità alla pratica sportiva agonistica”, il/la sottoscritto/a acconsente a sottoporre il/la Proprio/a figlio/a ad accertamento medico. A tale scopo prende visione della procedura di seguito descritta per L’acquisizione della certificazione richiesta:

- Introduzione nello spogliatoio e quindi in sala urine per raccolta campione
- Rilevamento misure antropometriche (altezza e peso)
- Assistenza di un genitore per i minori d’età (se necessario)
- Raccolta anamnesi personale (propria storia sanitaria)
- Visita clinica del medico dello sport
- Esecuzione ECG di base
- Step Test, per le visite in cui e’ richiesto dal protocollo (salita di un gradino ad altezza proporzionale: 3min per 30 volte).
ECG POST SFORZO :nel corso di tale prestazione potrebbero insorgere dolori al petto, difficoltà nella respirazione, palpitazioni.
Tale prestazione avverrà sotto la stretta sorveglianza di personale addestrato. Valutazione visione colori (Tavole di Ishihara)
- Esame spirometrico
- Valutazione dell’acuità visiva
- Eventuali accertamenti integrativi (se previsti dal protocollo specifico)
- Valutazione cartella clinica ed informazione dell’utente su quanto emerso
- Consegna certificato o richiesta accertamenti integrativi

Firma de/i genitore/i (o del tutore)

INFORMATIVA AI SENSI DELL’EX ART.13 DEL D.LGS 196/03 PER IL TRATTAMENTO DEI 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 D.M. 18/02/82 e 04/03/93;
 - quelli spontaneamente da lei forniti
2. I dati vengono da noi raccolti con l’esclusiva finalità di effettuare quanto previsto dai Decreti sopra richiamati e dalla Legge Regionale 66/1981.
3. I dati verranno riportati sulle “Schede di Valutazione Medico Sportiva” che verranno da noi mantenuti e protetti con modalità idonee (secondo le modalità previste dagli art.31 e seguenti del D.Lgs 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, all’U.O. Prevenzione della Direzione Generale Sanità per gli adempimenti di cui alle normative sopra citate;
5. Richiamiamo integralmente , ai sensi dell’art.7 del D.Lgs i Suoi diritti in ordine al trattamento dei dati personali
6. Le segnaliamo che il Titolare del trattamento ad ogni effetto di legge e’ il Poliambulatorio di Medicina dello Sport Minerva s.a.s. di Cassano d’Adda in persona del Legale rappresentante e che il Responsabile del trattamento e’ il dr. Alberto Calicchio Responsabile del Centro.
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.Lgs 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 a terzi ai sensi del precedente punto 4.

DATI DEL GENITORE (O DEL TUTORE)

Nome e Cognome..... Codice Fiscale.....

Nato a.....Il.....

Data Firma leggibile.....