

SCHEDA DI VALUTAZIONE MEDICO-SPORTIVA PER PRATICANTI GLI SPORT DI CUI ALLA TABELLA B  
(MOD. A AII. 1-D.S.M. 18/02/1982)

DATA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Il sottoscritto, \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_ per sé oppure in qualità di: Tutore  ; amministratore di sostegno  ; genitore/esercente la potestà genitoriale  ; legale rappresentante  di \_\_\_\_\_.

VISTA l'informativa sulla privacy (Art. 12 e 13 del GDPR) a Lei consegnata dal personale del Poliambulatorio San Donato e consapevole che:

- il trattamento riguarda, in particolare, i dati personali e relativi alla salute
- il consenso, una volta manifestato, può essere modificato o revocato. in qualsiasi momento, in tutto o in parte
- Il consenso viene manifestato un'unica volta e sarà valido fino a revoca espressa, o fino al compimento del 18° anno di età dell'interessato (in caso di minore)
- potrò decidere di oscurare. in qualsiasi momento, singoli documenti relativi ad episodi di diagnosi e/o cura;
- per la revoca, modifica o oscuramento di cui sopra e per l'esercizio del diritto d'accesso potrò rivolgermi direttamente al nostro personale di accoglienza o inviando una e-mail all'indirizzo [info@centrosandonato.it](mailto:info@centrosandonato.it)

**DICHIARO**

di aver letto e compreso il contenuto dell'informativa sulla privacy acconsentendo consapevolmente al trattamento dei miei dati personali e relativi alla salute da parte del titolare del trattamento, secondo le modalità di cui alla predetta informativa:

**PRESTO SEPARATAMENTE IL CONSENSO**

per inviarmi via e-mail, posta, sms e/o contatti telefonici, newsletter, comunicazioni commerciali e/o materiale divulgativo sui servizi offerti dal Titolare e/o rilevazione del grado di soddisfazione sulla qualità dei servizi:

SI  NO

FrancaVilla, li \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Cartella n. \_\_\_\_\_ Squadra \_\_\_\_\_

Cognome ..... Nome .....  
Nat..... a ..... il .....  
Residente e/o domicilio .....  
Documento d'identità ..... Tel. ....  
Sport per cui è stata richiesta la visita ..... CF ..... Prima visita .....  
Visita successiva ..... Altri sport praticati .....

**Dichiarazione dell'atleta se maggiorenne o dei genitori per i minori di 18 anni**

**Notizie riguardanti la famiglia** (barrare le caselle indicando il tipo di malattia dalle quali sono o sono stati affetti i familiari, specificando a lato quale parente ne è stato colpito: genitori, nonni, fratelli e sorelle, zii, cugini):

Malattie di cuore	Si	No	
Iperensione	Si	No	
Diabete	Si	No	
Asma e malattie allergiche	Si	No	
Tumori	Si	No	
TBC	Si	No	

**Notizie riguardanti l'atleta (barrare le caselle):**

Morbillo	Si	No	TBC	Si	No	Epilessia	Si	No
Varicella	Si	No	Febbre reumatica	Si	No	Enuresi (urine a letto)	Si	No
Rosolia	Si	No	Malattie cardiache	Si	No	Trauma cranico	Si	No
Parotide (orecchioni)	Si	No	Malattie renali	Si	No	Fratture	Si	No
Pertosse (tosse canina)	Si	No	Malattie intestinali	Si	No	Traumi sportivi	Si	No
Scarlattina	Si	No	Diabete	Si	No	Dolore toracico	Si	No
Epatite virale	Si	No	Iperensione	Si	No	Dorso curvo	Si	No
Otite	Si	No	Svenimento	Si	No	Piede piatto	Si	No
Sinusite	Si	No	Anemia	Si	No	Scapole alate	Si	No
Polmonite	Si	No	Asma	Si	No	Lussazione anca	Si	No
Tonsilli frequenti	Si	No	Eczema	Si	No	Scoliosi	Si	No
Pleurite	Si	No	Allergia	Si	No	Malattie fegato	Si	No

**Ricoveri per intervento di:**

Tonsille	Si	No	Adenoidi	Si	No	Ernie	Si	No	Appendicite	Si	No
Altro tipo di intervento?	Si	No	Se si, specificare a lato:								

**Notizie particolari sulla malattia sopraindicata:**

Tipo:	Decorso:	Cure:
Esito:	Guarito completamente?	Disturbi rimasti:

**Altre notizie:**

Sta facendo cure?	Si	No	Se si, per quali motivi?		
Usa occhiali?	Si	No	Indicare per quale patologia		
E' mai stato in cura con: busti correttivi	Si	No	Ginnastica correttiva	Si	No

**Servizio di Medicina dello Sport – Dichiarazione obbligatoria da allegare alla scheda sanitaria**

Il/La sottoscritto/a è/non è stato sottoposto a precedenti visite medico sportive di legge. A seguito dell'ultima visita medico sportiva di legge, eseguita nell'anno ..... presso ..... è/non è stato dichiarato idoneo alla pratica sportiva agonistica ..... per i seguenti motivi .....

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver/non aver contratto il **COVID -19**.

Firma .....

Elettrocardiogramma a riposo: Freq. Media ..... PQ ..... QT .....

Elettrocardiogramma dopo sforzo: Freq. Media ..... PQ ..... QT .....

I.R.I. ....

ESAME DELLE URINE

SPIROMETRIA

VISUS

GIUDIZIO CONCLUSIVO: l'atleta, all'atto della visita, non presenta controindicazioni cliniche pregresse o in atto alla pratica agonistica dello sport ..... per il periodo .....

Lì, .....

(timbro e firma del medico)



**CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DI TEST ERGOMETRICO**

(prova da sforzo al cicloergometro)

Io sottoscritto/a ..... nato/a il ..... a ....., allo scopo di accertare la mia situazione cardiovascolare e/o definire la natura di disturbi cardiaci da me accusati, acconsento volontariamente a sottopormi all'esecuzione del test da sforzo.

Prima di eseguire la procedura, sono stato informato sulle specifiche modalità di esecuzione della stessa. Sono stato, perciò, messo al corrente che:

- L'esame consta di uno sforzo fisico praticato su una cyclette;
- Lo sforzo verrà protratto fino al raggiungimento di specifici criteri elettrocardiografici e/o clinici, a meno che io non sia particolarmente affaticato per cui la prova verrà interrotta.

Sono stato altresì messo al corrente:

- Dei disturbi che eventualmente potrebbero insorgere durante l'indagine (dolore al petto, difficoltà nella respirazione, palpitazioni, senso di mancamento);
- Della necessità di avvertire tempestivamente il personale medico ed infermieristico non appena tali sintomi dovessero manifestarsi;
- Dei rischi insiti nell'indagine che, anche se prescritta e condotta secondo le più moderne conoscenze mediche, può, in casi molto rari provocare l'insorgenza di aritmie o fugaci svenimenti e in casi eccezionali un infarto del miocardio o arresto cardiaco;
- Del diritto a ritirare il mio consenso in qualsiasi momento senza alcuna spiegazione.

Prima dell'esecuzione dell'indagine sono stato esaminato dal medico che ha accertato che non sussistono condizioni per cui la prova debba essere rinviata o sospesa.

Ho letto e compreso quanto sopra ed ho ottenuto risposta ad ogni mia richiesta o chiarimento.

FrancaVilla Al Mare, .....

Firma del paziente

.....

Firma e timbro del medico

.....