



Ospedale di Piove di Sacco - Via San Rocco, 8

Tel. 049 9718310 - fax 049 9718277 - mail: medicinasportpiove_ulss16@aulss6.veneto.it

MOD 01	CONSENSO ALLA VISITA ED AGLI ACCERTAMENTI DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'	Rev.1 2018
--------	---	---------------

Questionario da compilare a cura dell'atleta maggiorenne o di uno dei genitori, in caso di atleta minorenni

Cognome e Nome Data di nascita

INFORMAZIONI GENERALI

Prima visita per l'Idoneità Sportiva	No	Si	Disciplina
Rinnovo del certificato per l'Idoneità Sportiva	No	Si	
Sempre risultato idoneo	No	Si	
Risultato idoneo dopo accertamenti supplementari	No	Si	
Accertamenti praticati e motivo			
.....			
In passato è risultato non idoneo	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Nell'anno
Per quale motivo:			

SPORT PRATICATO A LIVELLO AGONISTICO

	Iniziato a	Finito a	Livello	Note

STORIA FAMILIARE (genitori, fratelli, nonni, zii e cugini diretti)

Hai un membro della famiglia o un parente morto per problemi cardiaci o che ha avuto una morte improvvisa inaspettata o inspiegabile prima dei 50 anni (compreso infarto miocardico prematuro, aneurisma, incidente d'auto inspiegato o sindrome della morte improvvisa infantile)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Hai un qualsiasi membro della famiglia o un parente (Genitori, Fratelli, Cugini, Zii e Nonni) con		
Inspiegabili svenimenti, crisi convulsive, incidenti d'auto inspiegati o pre-aneurisma	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Qualche problema cardiaco invalidante, pacemaker o defibrillatore impiantati, trapianto cardiaco, chirurgia cardiaca, o trattato per aritmie cardiache	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Hai un membro della famiglia o un parente affetto da cardiomiopatia aritmogena del ventricolo destro, cardiomiopatia dilatativa, cardiomiopatia ipertrofica, sindrome di Brugada, sindrome del QT lungo o corto, sindrome di Marfan, tachicardia ventricolare polimorfa catecolaminergica, cardiopatie congenite	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Cardiopatia ischemica insorta prima dei 55 anni per i maschi e prima dei 65 anni per le femmine	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Iperensione arteriosa, Diabete mellito, Ipercolesterolemia, Asma e malattie allergiche, Malattie respiratorie, neurologiche, del sangue o tumori	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Specificare:.....		

STORIA PERSONALE DELL'ATLETA

Hai mai avuto una perdita di sensi (svenimento-sincope) o quasi perdita dei sensi (lipotimia)			No	Si
Durante sforzo fisico	<input type="checkbox"/>	Dopo sforzo fisico	<input type="checkbox"/>	Non correlato all'esercizio fisico
Hai mai avuto capogiri o vertigini			No	Si
Durante sforzo fisico	<input type="checkbox"/>	Dopo sforzo fisico	<input type="checkbox"/>	Non correlato all'esercizio fisico
Hai mai avuto malessere, dolore al torace, pressione o costrizione toracica			No	Si
Durante sforzo fisico	<input type="checkbox"/>	Dopo sforzo fisico	<input type="checkbox"/>	Non correlato all'esercizio fisico
Hai mai avuto il battito cardiaco troppo accelerato (palpitazioni, cardiopalmo) o che salti qualche battito (battiti irregolari, extrasistoli)			No	Si
Durante sforzo fisico	<input type="checkbox"/>	Dopo sforzo fisico	<input type="checkbox"/>	Non correlato all'esercizio fisico
Hai mai avuto il fiato corto (affanno) o fatica eccessiva più di quello che ti aspettavi o superiore ai tuoi compagni			No	Si
Durante sforzo fisico	<input type="checkbox"/>	Dopo sforzo fisico	<input type="checkbox"/>	Non correlato all'esercizio fisico
Hai mai avuto problemi respiratori (difficoltà di respiro, dispnea, fischi,tosse, costrizione toracica)			No	Si
Durante sforzo fisico	<input type="checkbox"/>	Dopo sforzo fisico	<input type="checkbox"/>	Non correlato all'esercizio fisico

Sei affetto dalle seguenti patologie

Iperensione arteriosa	No	Si	Colesterolo elevato o altre dislipidemie	No	Si
Diabete Mellito Tipo 1	No	Si	Diabete Mellito Tipo 2	No	Si
Malattie del Cuore	No	Si		
Infezioni al Cuore(miocardite, pericardite)	No	Si		
Crisi convulsive inspiegate	No	Si	Epilessia	No	Si
Allergie (pollini, polveri, insetti, cibi, farmaci, ecc.)	No	Si	Arrossamenti, orticaria o eruzioni cutanee durante o dopo esercizio/sforzi	No	Si
.....					
Malattie dell'apparato muscolo-scheletrico	No	Si	Specificare:		
Lesioni muscolari: strappi, stiramenti	No	Si	Lesioni di ligamenti o menischi	No	Si
Distorsioni	No	Si	Fratture	No	Si
Scoliosi	No	Si	Hai usato busti o ginnastica correttiva	No	Si
Malattie dell'apparato neurologico	No	Si		
Ictus	No	Si	Traumi cranici maggiori	No	Si
Malattie dell'apparato respiratorio	No	Si		
Asma bronchiale o bronchite asmatica	No	Si	Polmoniti	No	Si
Malattie dell'apparato ORL	No	Si	Otiti	No	Si
Sinusiti	No	Si	Tonsilliti	No	Si
Malattie del sangue	No	Si		
Anemia	No	Si	Emofilia	No	Si
Malattie del Fegato	No	Si		
Malattie dei Reni	No	Si		
Malattie della Tiroide	No	Si		

Febbre reumatica	No	Si		
Ev. uso di occhiali	No	Si	Ev. uso di lenti a contatto	No Si
Malattie dell'occhio	No	Si		
Malattie infettive nell'ultimo mese	No	Si	
Epatite A , B o C	No	Si	Mononucleosi	No Si

Vaccinazioni				
Vaccinazione Antitetanica	No	Si	Data ultimo richiamo	

Interventi chirurgici							
Tonsillectomia	<input type="checkbox"/>	Adenoidectomia	<input type="checkbox"/>	Appendicectomia	<input type="checkbox"/>	Ernia discale	<input type="checkbox"/>

TERAPIE FARMACOLOGICHE

Negli ultimi 2 anni hai preso farmaci in modo costante	No	Si
Attualmente stai usando farmaci (pillole o bustine per os , inalatori o fiale per via intramuscolo o sottocutanea) o prodotti di erboristeria su prescrizione medica o “da banco”.....	No	Si

ALTRE NOTIZIE

Professione.....	Esposto a rischi	Da anni.....
Fumo	No Si	Numero di sigarette al giorno
Data di inizio.....	Data di fine.....	
Alcol (vino, birra, superalcolici)	No Si	Quantità al giorno.....
Data di inizio.....	Data di fine.....	
Integratori	No Si	Specificare.....
Sostanze dopanti	No Si	Specificare.....
Stupefacenti	No Si	Specificare.....

Per le ragazze/donne in età fertile :

Cicli mestruali	No	Si	Regolari	No	Si
Età prima mestruazione	Data ultima mestruazione				
Soffri di disturbi del ciclo (mestruazioni frequenti, dolorose o con perdite abbondanti)	No	Si			
Assumi anticoncezionali	No	Si			

Note.....
.....
.....
.....

ATTENZIONE

Prendere visione e firmare nella pagina seguente la

DICHIARAZIONE e CONSENSO INFORMATO AL TEST DA SFORZO



In assenza di tale dichiarazione e consenso, l'atleta non può essere ammesso alla visita, si consiglia la presenza di un genitore per i minorenni

DICHIARAZIONE e CONSENSO INFORMATO AL TEST DA SFORZO

(In assenza di tale dichiarazione e consenso, l'atleta non può essere ammesso alla visita)

Il/la sottoscritto/adichiara, sotto la propria responsabilità personale e pena la revoca del certificato di idoneità, che le notizie fornite nel questionario sono complete e veritiere, ed in particolare che l'atleta/il figlio non ha accertamenti in sospeso o è stato dichiarato "non idoneo alla pratica sportiva agonistica" presso altre strutture pubbliche o private (sanzioni penali art.76 DPR n 445/2000 dichiarazioni mendaci).

Il/la sottoscritto/a chiede inoltre che l'atleta/il figlio venga sottoposto a visita di idoneità, secondo quanto previsto dal D.M. 18/02/82, e dichiara di (barrare la scelta)

Accettare Non Accettare

liberamente, spontaneamente e in piena coscienza gli atti medici proposti, gli accertamenti e le indagini non invasive che si riterranno necessarie.

Il Test da sforzo prevede il monitoraggio continuo dell'elettrocardiogramma durante l'esecuzione di un esercizio fisico, eseguito con lo "Step test", il cicloergometro o il tapis roulant, ed è caratterizzato da un progressivo incremento dello sforzo. Lo sforzo verrà aumentato gradualmente fino al raggiungimento di una determinata frequenza cardiaca o sino al raggiungimento del massimo carico sostenuto dall'atleta o fino a quando il medico riterrà opportuno interrompere la prova. Prima dell'esecuzione del test il medico ha accertato che non sussistano condizioni per cui la prova debba essere annullata o rinviata.

Sono stato inoltre messo al corrente che:

- > durante l'esecuzione del test possono insorgere dei disturbi (dolore al petto, difficoltà nella respirazione, palpitazioni, senso di mancamento)
- > della necessità di collaborare con il medico e avvertirlo tempestivamente non appena tali sintomi dovessero manifestarsi
- > dei rischi insiti nell'indagine, pur se prescritta e condotta ad arte e secondo le più moderne conoscenze mediche.
- > del diritto a ritirare il mio consenso in qualsiasi momento.

Le apparecchiature necessarie e il personale, adeguatamente preparato per fronteggiare eventuali emergenze/urgenze, sono prontamente disponibili nel reparto.

Informativa privacy (UE 679/2016): l'acquisizione dei dati richiesti è necessaria, e pertanto obbligatoria, per consentire la visita di idoneità. All'utente competono i diritti di accesso ai dati che lo riguardano, di chiederne l'aggiornamento, la rettifica, la cancellazione o il blocco. Titolare del trattamento è l'ULSS 6 Euganea.

Letto e compreso tutto quanto sopra è riportato

_____ Data

_____ firma dell'atleta se maggiorenne o del genitore

_____ firma del medico

in caso di rischio cardiovascolare compilare MOD02

***Si consiglia la presenza di un genitore per i minorenni

DELEGA PER VISITA DI MEDICINA DELLO SPORT in assenza del genitore

Il/la sottoscritto/a nato/a ilavente responsabilità genitoriale sull'atleta minorenne

Nome..... nato/a il DELEGA

il Sig./Sig.ra nato/a ilad accompagnare con piena responsabilità il già citato minore alla visita medico sportiva e relativi accertamenti, e di ricevere le successive informazioni sanitarie.

_____ Data

_____ firma del genitore

_____ firma del delegato

NB: Allegare copia del documento di identità del delegante e del delegato

