



MOD 01	<b>CONSENSO ALLA VISITA ED AGLI ACCERTAMENTI DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'</b>	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
<b>Hai un qualsiasi membro della famiglia o un parente (Genitori, Fratelli, Cugini, Zii e Nonni) con</b>		
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

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

<b>Sei affetto dalle seguenti patologie</b>					
Ipertensione 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	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Ev. uso di lenti a contatto	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Malattie dell'occhio	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si			
Malattie infettive nell'ultimo mese	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	.....		
Epatite A , B o C	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Mononucleosi	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si

<b>Vaccinazioni</b>					
Vaccinazione Antitetanica	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Data ultimo richiamo .....		
<b>Interventi chirurgici</b>					
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 .....	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 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”.....	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si

**ALTRE NOTIZIE**

Professione.....	Esposto a rischi	Da anni.....
Fumo	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Numero di sigarette al giorno .....
Data di inizio.....		Data di fine.....
Alcol (vino, birra, superalcolici )	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Quantità al giorno.....
Data di inizio.....		Data di fine.....
Integratori	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Specificare.....
Sostanze dopanti	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Specificare.....
Stupefacenti	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Specificare.....

**Per le ragazze/donne in età fertile :**

Cicli mestruali	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Regolari	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Età prima mestruazione .....			Data ultima mestruazione .....		
Soffri di disturbi del ciclo ( mestruazioni frequenti, dolorose o con perdite abbondanti )				<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Assumi anticoncezionali				<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 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/a .....dichiara, 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 il .....avente responsabilità genitoriale sull'atleta minorenni

Nome ..... nato/a il ..... DELEGA

il Sig./Sig.ra ..... nato/a il .....ad 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