


Ospedali Riuniti Padova Sud - Via Albere, 30

 Tel. 0429 715290 - mail: medsportiva.este@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 |
| Cardiomiopatia 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 | | | | | |
| 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 |

Vaccinazioni

| | | | |
|---------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| Vaccinazione Antitetanica | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> 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 | <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/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 minorenni

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