

COGNOME _____ NOME _____ NATO IL _____

RESIDENTE IN _____ VIA _____ N. _____

DOMANDE RIFERITE AI FAMILIARI (GENITORI, FRATELLI, NONNI)

Diabete: si no Chi? _____
Asma: si no Chi? _____
Ipertensione arteriosa: si no Chi? _____
Cardiopatía ischemica od infarto: si no Chi? _____
Morte improvvisa: si no Chi? _____; a che età? ____; causa? _____
Altro: _____

DOMANDE RIFERITE AGLI ATLETI DA VISITARE

TIPO DI LAVORO PRATICATO: _____

QUANTE SIGARETTE FUMI AL GIORNO? nessuna 5/10 più di 10 , da quanti anni? _____
ex , per quanti anni? _____ , da quanto hai smesso? _____

BEVI ALCOLICI O SUPERALCOLICI? : si no se SI quanto di media al giorno _____

ASSUMI ABITUALMENTE O HAI ASSUNTO DEI FARMACI? : si no

Se SI, quali e perché? _____

SOFFRI O HAI SOFFERTO DI MALATTIE COME:

Diabete: si no Usi insulina? si no

Malattie e/o aritmie cardiache: si no Se SI, quali? _____

Ipertensione arteriosa : si no

Epilessia : si no

Altre malattie neurologiche : si no Se SI, quali? _____

Allergie: si no Se SI, a cosa? _____

Asma: si no

Altre malattie respiratorie : si no Se SI, quali? _____

Hai mai avuto INTERVENTI CHIRURGICI? si no Se SI, quali e quando? : _____

Hai mai avuto FRATTURE? si no Se SI, quali e quando? : _____

Hai mai avuto INFORTUNI RILEVANTI? si no Se SI, quali e quando? : _____

Hai mai avuto TRAUMI CRANICI? si no Se SI, quando? _____

con svenimento? si no ; con ricovero? si no ; esami eseguiti: _____

ASSENZA O ALTERATA FUNZIONE DI QUALCHE ORGANO INTERNO? si no

Se SI, quale? _____

dovuta a? _____

ALTRE PATOLOGIE DA SEGNALARE?: _____

DURANTE O AL TERMINE DELLA PRATICA DELLO SPORT HAI MAI ACCUSATO MALESSERI IMPROVVISI QUALI:

DOLORI AL TORACE si no quando? _____; con che frequenza? _____ descrivili: _____

SVENIMENTI si no quando? _____; con che frequenza? _____ descrivili: _____

DISTURBI DEL RITMO CARDIACO si no quando? _____; con che frequenza? _____ descrivili: _____

NOTIZIE RELATIVE ALLE PRECEDENTI VISITE PER L'IDONEITA' SPORTIVA

HAI GIA' ESEGUITO VISITE PER L'IDONEITA' AGONISTICA O NON AGONISTICA? si no

Se SI quale? NON AGONISTICA AGONISTICA

IN TALI VISITE SEI MAI STATO GIUDICATO NON IDONEO? si no O SOSPESO? si no

Se SI per quale motivo? _____

SONO MAI STATI RICHIESTI ALTRI ESAMI (es. Ecocardiogramma, Holter, Test da sforzo, ecc) si no

Se SI per quale motivo? _____

Foglio Anamnesi 1/2 CONTINUA

MALATTIE

Varicella	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	Morbillo	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	Rosolia	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Parotite (orecchioni)	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	Pertosse	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	Scarlattina	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Mononucleosi inf.	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	Epatite B	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	Epatite C	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Altre malattie?	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	Se SI, quali _____					

VACCINAZIONI

Morbillo/rosolia/parotite	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	Epatite B	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Papilloma Virus (HPV)	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	Tetano	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>

NOTIZIE RELATIVE ALLA VISTA

PATOLOGIE O DIFETTI VISIVI? si no Se SI, quali? _____

UTILIZZI OCCHIALI O LENTI A CONTATTO? si no

Se SI, cosa usi durante lo sport? Occhiali Lenti a contatto Nulla

NOTIZIE RELATIVE ALL'UDITO

PATOLOGIE o DIFETTI UDITIVI? no si Se SI, quali? _____

Se SI, usi protesi auricolari? no si

DOMANDE RIFERITE ALL'APPARATO GENITALE

<p>Per le donne: data prima mestruazione (menarca): _____</p> <p>data ultima mestruazione: _____</p> <p>Ciclo: <input type="checkbox"/> regolare - <input type="checkbox"/> irregolare - <input type="checkbox"/> ancora non iniziato</p> <p><input type="checkbox"/> assente: perché? _____</p> <p>Usi farmaci anticoncezionali? si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p>Se SI, quali? _____</p>	<p>Per gli uomini: Hai da segnalare problemi agli organi genitali?</p> <p><input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> non so</p> <p>Se SI, quali? _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
---	---

NOTIZIE RELATIVE AGLI SPORT PRATICATI

QUALE SPORT PRATICHI? _____ DA QUANTI ANNI? _____

N° ALLENAMENTI A SETTIMANA: _____ DURATA DELL'ALLENAMENTO: _____

DOMANDE RIFERITE AI RISCHI E AI DANNI DEL DOPING

Ritieni di essere bene informato sui rischi e sui danni del doping e dell'uso improprio di farmaci o del loro abuso?

si solo superficialmente no

Chi ti ha informato su questi rischi e sugli effetti conseguenti sulla salute?

medico della squadra <input type="checkbox"/>	medico di famiglia <input type="checkbox"/>	allenatore <input type="checkbox"/>
giornali <input type="checkbox"/>	televisione <input type="checkbox"/>	internet <input type="checkbox"/>
genitori <input type="checkbox"/>	nessuno <input type="checkbox"/>	altri _____

RECAPITI PER EVENTUALI COMUNICAZIONI DA PARTE DEL MEDICO VISITATORE

Tel. Abitazione: _____ Tel. Cellulare: _____

Tel. Cellulare del genitore (per i minori) : _____, nome genitore : _____

Tel. Cellulare del genitore (per i minori) : _____, nome genitore : _____

Fax : _____ e-mail : _____

DICHIARAZIONE: Io sottoscritto dichiaro di aver informato esattamente il medico delle mie attuali condizioni psicofisiche, delle affezioni precedenti e di non essere mai stato dichiarato non idoneo in precedenti visite sportive di legge o essere in attesa di giudizio idoneativo da parte di altro medico. Inoltre m'impegno a non far uso di droghe riconosciute illegali e dall'uso improprio di farmaci. Dò atto di essere informato dei pericoli derivanti dal fumo di tabacco, di sostanze dopanti e dall'abuso di alcool. La dichiarazione va sottoscritta dal visitato o, nel caso minorenne, da almeno un genitore.

Sottoscrizione dopo presa visione di quanto dichiarato e colloquio chiarificatore con il medico.

DATA _____

Firma del medico

Firma dell'atleta o del tutore se minore

**ATTO DI CONSENSO INFORMATO
VISITA MEDICA E
STEP-TEST E/O TEST ERGOMETRICO AL CICLOERGOMETRO**

COGNOME E NOME: _____

NATO A _____ IL _____

Il sottoscritto chiede di essere sottoposto a visita medica comprensiva di esame strumentale per valutazione cardiaca mediante step-test e/o test ergometrico al cicloergometro. Dichiara di essere a conoscenza che tali test contengono intrinsecamente un margine di rischio per ischemie coronariche e/o aritmie ipercinetiche.

Tali test, in caso di rischio anche minimo, verranno immediatamente sospesi dall'equipe medica come pure potranno essere sospesi in ogni momento su richiesta del soggetto visitato, considerandoli eseguiti ai soli fini amministrativi.

Dichiara altresì di aver correttamente informato l'equipe visitante delle condizioni di salute, delle malattie pregresse e dei farmaci assunti, nonché dichiara di non aver posto in essere comportamenti tali da rendere pericoloso tale esame quali ad esempio l'assunzione di sostanze attive in grado di falsare la normale risposta fisiologica allo stress.

Il sottoscritto dichiara di accettare il consenso informato
(in questo caso **sarà possibile** procedere all'esame per il rilascio dell'idoneità).

Il sottoscritto dichiara di NON accettare il consenso informato
(in questo caso **non sarà possibile** procedere all'esame per il rilascio dell'idoneità).

Firma dell'atleta o del tutore se minore

DATA _____

INFORMATIVA EX ART. 13 D. LGS. 196/2003

Gentile *Signore/a*,

ai sensi dell'articolo 13 del D.lgs. n.196/2003, La informiamo che **Panathleticon Medicina dello Sport S.r.l.**, in qualità di titolare del trattamento, tratterà alcuni Suoi dati personali, acquisiti durante le eventuali visite, diagnosi, e/o terapie svolte presso la propria struttura, al fine di:

- Effettuare le valutazioni medico sportive prescritte dalla normativa sanitaria, nazionale e regionale, vigente, ivi comprese le visite specialistiche che si dovessero rendere necessarie, per il rilascio delle prescritte idoneità.
- Gestire i profili contrattuali, contabili, amministrativi e sanitari della prestazione erogata (rientrano in tali finalità l'utilizzo di utenze fisse e mobili o indirizzi email da Lei comunicati, per ricordarLe (tramite telefonate o SMS o e-mail) date e scadenze di visite sanitarie).
- Gestire il fascicolo sanitario e, dove previsto, la produzione dei referti diagnostici.

In particolare *Panathleticon Medicina dello Sport S.r.l.*, tratterà i seguenti dati personali:

A) **Dati anagrafici ed identificativi** (nome e cognome, data e luogo di nascita, residenza, recapiti telefonici e fax, mail, codice fiscale e P.IVA, tesseramento, società d'appartenenza);

B) **Dati sanitari** richiesti per l'accertamento delle idoneità medico sportive agonistiche e non, previste dai Decreti Ministeriali 18.02.1982, 28.02.1983 e 04.03.1993 e dalla ulteriore normativa, nazionale e regionale, vigente e successivamente intervenuta, nonché più in generale quelli acquisiti nell'espletamento delle prestazioni mediche effettuate in Suo favore;

C) **Altri dati** sanitari da Lei spontaneamente forniti relativi al Suo stato di salute;

D) **Dati sanitari** contenuti nel foglio di anamnesi che Le viene somministrato.

Il trattamento di cui ai punti B), C) e D) può riguardare dati "sensibili", idonei a rivelare "**lo stato di salute**", riguardanti in particolare le informazioni di tipo medico ricavabili nell'espletamento della prestazione medica, dagli esami strumentali (es. spirometria, elettrocardiogramma, ecocardiogramma, holter) o contenute nei risultati di laboratorio dei campioni prelevati.

1 - Modalità di raccolta e trattamento: i dati vengono da noi raccolti con la esclusiva finalità di effettuare quanto previsto dai decreti sopra richiamati e dalla Legge Regionale 66/1981 ed ai fini della tutela della salute della persona. I dati verranno trattati anche con l'ausilio di mezzi elettronici a cura del personale di Panathleticon Medicina dello Sport S.r.l., in qualità di incaricati del trattamento, nonché dal personale medico e paramedico espressamente incaricato. In ordine alla gestione della scadenza/fissazione o cancellazione di visite mediche, verrà contattato direttamente sull'utenza mobile (anche tramite SMS) o fissa da Lei indicata, nonché aggiornato (tramite newsletter all'indirizzo e-mail fornito) in merito alle attività ed ai servizi offerti, nonché informazioni sui corretti stili di vita.

2 - Ambito di comunicazione dei dati:

- i dati di cui ai punti A), B), C) e D) potranno essere comunicati alle strutture pubbliche (ASL per territorio e Regione) per gli adempimenti previsti dalla normativa di settore;
- i campioni biologici eventualmente prelevati saranno trasmessi nell'ambito delle finalità sopraindicate, presso i laboratori di analisi che per nostro conto effettuano gli esami analitici da noi richiesti;
- una copia del certificato di idoneità all'attività sportiva agonistica e non, verrà consegnato ai fini di legge alla Sua società sportiva. L'eventuale inidoneità/sospensioni all'attività sportiva in attesa di accertamenti, verrà comunicata senza alcun riferimento alle patologie riscontrate o diagnosi cliniche.
- i dati di cui al punto A) verranno trasmessi ai consulenti legali, in caso di controversie, e fiscali per gli adempimenti di legge;
- i dati che precedono verranno trasmessi in forma rigorosamente anonima agli enti di ricerca scientifica in campo statistico, epidemiologico, biomedico o clinico o per pubblicazioni scientifiche; alle società sportive di appartenenza ed alla Federazione o Ente di Promozione Sportiva di riferimento, limitatamente alla comunicazione di idoneità all'attività agonistica e non, senza diagnosi clinica;
- i dati che precedono verranno trasmessi in forma rigorosamente anonima alla U.O. Prevenzione della Direzione Generale Sanità per gli adempimenti di cui alle normative sopra indicate.

3 - Ambito di diffusione dei dati: i dati di cui ai punti A), B), C) e D) non saranno soggetti a diffusione.

4 - Obbligatorietà del conferimento: il conferimento dei dati di cui alla presente informativa è obbligatorio ai fini del raggiungimento delle finalità sopra indicate. L'eventuale rifiuto, infatti, non consentirà la erogazione della prestazione sanitaria richiesta né il rilascio della certificazione medica necessaria ai sensi della normativa sanitaria di riferimento, né l'aggiornamento su eventuali scadenze di visite programmate.

5 - Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti ex art.7 D.Lgs 196/2003: in qualunque momento potrà conoscere i dati che La riguardano, sapere come sono stati acquisiti, verificare se sono esatti, completi, aggiornati e ben custoditi, e far valere i suoi diritti al riguardo attraverso specifica istanza da indirizzare tramite raccomandata al Titolare del trattamento.

6 - Il Titolare del trattamento: il Titolare del trattamento: Panathleticon Medicina dello Sport S.r.l. - Via Aldo Moro, 14 - 25124 Brescia.

7 - Il Responsabile del Trattamento: Dott. Fabio FAIOLA, c/o Panathleticon S.r.l. - Via Aldo Moro, 14 - 25124 Brescia - Italia.

CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI AI SENSI DELL'ART. 23 D. Lgs 196/03

Io sottoscritto _____

letta l'informativa di cui all'art. 13 del D.lgs. n. 196/2003 che precede, acconsento al trattamento dei dati personali, ivi compresi quelli sensibili, nelle modalità e per le finalità sopra descritte.

FIRMA _____

(L'interessato o il legale/i rappresentante/i del minore)