

Servizio Medicina dello Sport-lotta al doping
DIR. Dr. Claudio Danieli
CENTRO DI MEDICINA DELLO SPORT DI S.DONATO MIL.
Resp. U.O. Dr. LUIGI PAJNI
 TEL.0298115958 FAX 0298115733
QUESTIONARIO ANAMNESTICO
 (NOTIZIE RIGUARDANTI LA SALUTE/MALATTIE DELL'ATLETA MINORENNE)

L'ATLETA COGNOME NOME.....

SOFFRE DI MALATTIE CONGENITE	si	no
ESISTE UNA STORIA FAMILIARE DI MORTE IMPROVVISA	si	no
HA SOFFERTO DI ANCA DISPLASICA	si	no
HA AVUTO REUMATISMI NEL SANGUE (ELEVATO TITOLO ANTISTREPTOLISINICO)	si	no
HA AVUTO EPISODI DI CONVULSIONI FEBBRILI EPILESSIA/ASSENZE	si	no

E' MAI STATO RICOVERATO IN OSPEDALE/PRONTO SOCCORSO?

PER MALATTIE:indicare quali _____

PER INTERVENTI:indicare quali _____

PER INFORTUNI:indicare quali _____

HA FATTO ACCERTAMENTI:indicare quali _____

E' IN TERAPIA O SOTTO CONTROLLO MEDICO PER MALATTIA? : indicare quale _____

HA EFFETTUATO (anche in passato) ESAMI STRUMENTALI?

ECOCARDIO	HOLTER	elettroENCEFALOgramma	TAC
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SOFFRE DI	RAFFREDDORE ALLERGICO	ASMA ALLERGICO
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ASSUME ATTUALMENTE FARMACI? si no

DICHIARO CHE MIO FIGLIO ATTUALMENTE E' IN BUONA SALUTE

DATA FIRMA DEL GENITORE

N.B.: E' MOLTO IMPORTANTE COMPILARE CON ATTENZIONE IL MODULO IN OGNI SUA PARTE

CONSENSO INFORMATO

Allo scopo di ottenere "l'idoneità alla pratica sportiva agonistica", il sottoscritto/a acconsente ad essere sottoposto ad accertamento medico. A tale scopo prende visione della procedura di seguito descritta per l'acquisizione della certificazione richiesta:

- ❖ Introduzione nello spogliatoio e idonea svestizione
- ❖ Rilevamento misure antropometriche (altezza e peso) e raccolta campione urine
- ❖ Assistenza di un genitore per i minori d'età (se necessaria)
- ❖ Raccolta anamnesi personale (propria storia sanitaria)
- ❖ Visita clinica del Medico dello Sport
- ❖ Esecuzione ECG di base
- ❖ Step Test, per le visite in cui è richiesto dal protocollo (salita di un gradino ad altezza proporzionale: 3 min. per 30 volte)
ECG post sforzo: nel corso di tale prestazione potrebbero insorgere dolore al petto, difficoltà nella respirazione, palpitazioni
Tale prestazione avverrà sotto la stretta sorveglianza di personale addestrato
- ❖ Valutazione visione colori (Tavole di Hishiara)
- ❖ Esame spirometrico
- ❖ Valutazione dell'acuità visiva
- ❖ Eventuali accertamenti Integrativi (se previsti dal protocollo specifico)
- ❖ Valutazione cartella clinica ed informazione dell'utente su quanto emerso
- ❖ Consegna certificato
- ❖ o richiesta accertamenti integrativi

Firma del genitore (o del tutore)

INFORMATIVA AI SENSI DELL'EX ART.13 DEL D. LGS 196/03 PER IL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI.

1. Per dati personali si intendono, ai sensi della presente informativa:
 - quelli sanitari che avremo occasione di rilevare nell'espletamento delle nostre prestazioni mediche a suo favore;
 - quelli sanitari necessari per la valutazione di cui ai Decreti ministeriali 18/02/1982 e 04/03/1993;
 - quelli spontaneamente da Lei forniti.
2. I dati vengono da noi raccolti con l'esclusiva finalità di effettuare quanto previsto dai decreti sopra richiamati e dalla Legge Regionale 66/1981.
3. I dati verranno riportati sulle "Schede di Valutazione Medico Sportiva" che verranno da noi mantenuti e protetti con modalità idonee (secondo le modalità previste dagli artt.31 e seguenti del D.L.gs 196/03)
4. I dati verranno comunicati:
 - senza diagnosi clinica alla Società Sportiva e alla Federazione o Ente di Promozione Sportiva di riferimento;
 - in chiaro, alla ASL competente per territorio;
 - in forma anonima, alla U.O. Prevenzione della Direzione Generale Sanità per gli adempimenti di cui alle normative sopra citate;
5. Richiamiamo integralmente, ai sensi dell'art.7 del D.L.gs, i Suoi diritti in ordine al trattamento dei dati personali.
6. Le segnaliamo che il Titolare del trattamento ad ogni effetto di legge è il centro di Medicina dello Sport di S. Donato M.se in persona del Direttore del Servizio di Medicina dello Sport e che il Responsabile del trattamento è il Medico Responsabile del Centro.
7. Nel caso in cui tale consenso non venga esercitato non sarà possibile redigere il certificato di cui ai decreti sopra richiamati e di conseguenza non sarà possibile da parte della Commissione Regionale d'Appello prendere in esame il caso per carenza di documentazione.

Consenso ai sensi dell'art.23 D. L.gs 196/03

Apponendo la firma in calce al presente modulo, manifesto il mio consenso al trattamento dei dati, nell'ambito delle finalità e modalità di cui sopra e nei limiti di cui il mio consenso fosse richiesto ai sensi di legge.

In particolare manifesto il mio consenso espresso per:

- L'acquisizione dei dati di cui al punto 1;
- La comunicazione dei dati a terzi ai sensi del precedente punto 4.

Nome e Cognome Cod.Fisc.....

Nato a il

Data Firma leggibile del genitore (o del tutore)