

SCHEDA ANAMNESTICA PER CERTIFICATO AGONISTICO

(da compilare con il nome dell'atleta)

Cognome: _____ Nome: _____ Data di Nascita: ___/___/_____

Città di nascita: _____ Attività di Studio/lavoro: _____

Tel: _____ Codice Fiscale: _____

Indirizzo: _____ Città: _____

A. ANAMNESI SPORTIVA

Sport per il quale è richiesta la visita? Società:

Da quanti anni pratica questo sport? Quante ore dedica allo sport alla settimana?

Pratica altri sport? Se **si**, quali e quante ore alla settimana vi dedica?

Prima visita presso il nostro studio E' stato dichiarato NON IDONEO in visite precedenti? Si No

B. ANAMNESI INFEZIONE COVID-19

È risultato positivo al COVID-19? No Si Se sì, è risultato guarito in data _____

Asintomatico Sintomatico _____

C. ANAMNESI FAMILIARE

(barrare le caselle in caso di parente affetto: padre, madre, fratelli, sorelle, nonni paterni/materni)

C'è qualcuno in famiglia che soffre o abbia sofferto di:

Malattie cardiovascolari (infarto, ictus...)	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	Diabete	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Morte improvvisa (sotto i 50 anni)	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	Pressione elevata	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Cardiomiopatie	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	Colesterolo elevato	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Mal. Tiroidee	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	Obesità	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Mal. Neurologiche	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	Celiachia	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Mal. Polmonari	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	Tumori	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Asma/Allergie	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	Altro	_____

D. ANAMNESI FISIOLGICA

Consuma frutta e verdura raramente 2-3/sett. 4-5/sett. ogni giorno

Vaccinazione antitetanica NO NON SO SI ultimo richiamo:

Fuma NO EX SI Se **si**, quante sigarette/giorno e da quanto tempo

Beve alcolici MAI saltuariamente SI quanto?

Beve caffeina (caffè/the/coca-cola/energy drinks) NO SI quanto?

Età prima mestruazione anni Data ultima mestruazione / /

Anomalie del ciclo mestruale NO SI Gravidanze NO SI

Assume abitualmente farmaci e/o integratori alimentari NO SI

Se **si**, quali

Esami ematochimici (del sangue) nell'ultimo anno: NO Normali Alterati:

ATTENZIONE! COMPILARE ANCHE IL RETRO DEL MODULO

D. ANAMNESI PATOLOGICA

Ha sofferto / Soffre di:

Allergie	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Malattie del fegato/intestino	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Asma bronchiale	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Malattie neurologiche	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Altre mal. respiratorie	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Malattie tiroidee	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Otiti/Sinusiti	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Altre malattie endocrine	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Anemia	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Neoplasie (Tumori)	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Epilessia	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Malattie psichiatriche	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Svenimenti	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Malattie dei reni/vie urinarie	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Malattie di cuore	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Diabete	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Palpitazioni	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Colesterolo elevato	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Dolore toracico	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Pressione elevata	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>

.....

Ha subito: ricoveri ospedalieri NO SI interventi chirurgici? NO SI

Se **si**, indicare motivo del ricovero e/o tipo di intervento ed età

.....

Ha subito fratture, lussazioni, distorsioni gravi, traumi cranici o altri infortuni NO SI

Se **si**, indicare tipo di lesione ed età

.....

Usa occhiali/lenti a contatto NO SI

Trieste, li _____ / _____ / _____

Firma del dichiarante se maggiorenne
(o genitore o esercente patria potestà se minorenni)

SPAZIO RISERVATO AL MEDICO

STATURA cm	PESO kg	VISUS OD	VISUS OS	P.A. mmHg

SPIROMETRIA	CVF	FEV1	IRI	Esame Urine

Dott. Marcello Tence	Esami:
	E.O.

- DICHIARAZIONE DI VERIDICITÀ DEI DATI ANAMNESTICI
- CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO DEI DATI ANAMNESTICI E PERSONALI (R. E. 679/2016)
 - CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DEGLI ESAMI
 - DELEGA AL RITIRO DEL CERTIFICATO DI IDONEITÀ
 - RICHIESTA COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE

Io sottoscritto dichiaro che tutti i dati personali ed anamnestici forniti nella fase preliminare della visita, inerenti a patologie acute o croniche passate e presenti, sono veri e riferiti da me stesso o, se minore accompagnato, dall'accompagnatore responsabile (se necessario supportati da documentazioni sanitarie accessorie), senza errori od omissioni che possano compromettere od ingannare il giudizio medico; di non essere mai stato riconosciuto non idoneo in visite precedenti, di non avere in sospeso alcuna visita medico-sportiva presso altre strutture di Medicina dello Sport; di non fare uso di droghe e/o sostanze eccitanti; di essere a conoscenza che alcol e fumo sono dannosi alla salute. Accetto di sottopormi agli accertamenti previsti dalle normative relative alla visita di idoneità sportiva e alla prova da sforzo (Step Test o cicloergometro). La valutazione clinica del grado di tolleranza allo sforzo fisico è una prova che serve ad evidenziare la risposta dell'apparato cardiocircolatorio allo sforzo fisico ed eventuali suoi difetti. L'Utente viene prima sottoposto ad elettrocardiogramma a riposo, dal quale si può evidenziare la presenza di eventuali patologie che possono controindicare il prosieguo dell'esame. Successivamente dovrà eseguire uno sforzo che prevede l'esecuzione di un esercizio per la durata di tre minuti (su cicloergometro o su scalino) o di una prova da sforzo massimale al cicloergometro

Metodiche alternative: Non vi sono metodiche alternative poiché il test di valutazione è un esame obbligatorio previsto dal D.M. 18.2.1982 per il rilascio del certificato di idoneità alla pratica sportiva agonistica.

Controindicazioni: Il test da sforzo è controindicato per gli atleti con problemi cardiovascolari in atto. Durante la prova si realizza un aumento del sovraccarico emodinamico sul cuore o sul sistema cardiovascolare, come conseguenza di un aumento della portata cardiaca e della pressione arteriosa o dell'aumento della temperatura del corpo.

Complicanze e/o effetti collaterali: Tale esame non è esente da complicanze anche se eseguito con diligenza e prudenza. Sebbene la valutazione clinica e la presenza costante dello specialista riducono il rischio che tale sforzo produca stati di sofferenza cardiovascolare, non si può escludere del tutto il rischio connesso con tutte le attività di sforzo aerobico: sensazione di mancanza di respiro (dispnea), fibrillazione atriale, arresto cardiaco e infarto miocardico. Durante la prova la persona dovrà tempestivamente avvertire della comparsa di dolore toracico, senso di vertigine, debolezza, malessere generale, poiché questi segni possono essere indicativi di uno stato di pericolo.

Sono comunque a disposizione apparecchiature idonee e personale addestrato ed esperto per affrontare tali situazioni.

Consenso: Preso atto di quanto sopra richiamato confermo che il medico precedente mi ha illustrato la natura del trattamento ed il metodo con il quale viene attuato, le problematiche cliniche che ne giustificano l'effettuazione, i rischi a essa connessi e le eventuali alternative possibili. Nonché di aver preso visione dei contenuti della sezione informativa di questo documento e di aver avuto la possibilità di discuterne il testo.

Privacy (R.E. 679/2016): I dati potranno essere trattati in forma cartacea ed elettronica, con accesso consentito ai soli operatori autorizzati, precedentemente nominati Responsabili o addetti al trattamento, i quali seguono corsi di formazione specifici e vengono periodicamente aggiornati sulle regole della privacy e sensibilizzati al rispetto e alla tutela della dignità e della riservatezza del paziente. Tutti gli operatori dello Studio che accedono ai dati informatizzati sono identificabili e dotati di password personale; l'accesso ai dati è consentito solo per le finalità legate al ruolo dell'operatore e solo per lo stretto tempo necessario a trattare la prestazione per la quale il paziente si è recato presso lo Studio. Lo Studio non svolge attività di profilazione dei dati dei propri assistiti.

All'interno dei locali è vietato, per la riservatezza degli utenti, registrare audio, video e scattare foto. I dati personali e sensibili verranno conservati per il tempo previsto dall'attuale normativa: in particolare, i dati relativi a ciascun episodio assistenziale, raccolti nella relativa scheda sanitaria, verranno conservati a tempo indeterminato, perdurando il rapporto contrattuale di cura. Al termine del rapporto contrattuale di cura, lo Studio conserverà i dati per un periodo non superiore al termine prescrizione di legge per la tutela dei propri diritti legali e di difesa. Inoltre delego i dirigenti preposti della Società o Federazione Sportiva di appartenenza al ritiro del mio certificato di idoneità qualora non lo faccia personalmente.

Si può richiedere una copia conforme del certificato originale previo pagamento di 5 euro per spese di segreteria. La copia non può essere inviata via e-mail, ma deve essere ritirata personalmente dal richiedente presso l'ambulatorio.

L'elettrocardiogramma (ECG) rimane negli archivi del Centro Benefits per tutta la durata del certificato ed il referto non viene consegnato. Si può richiedere una copia debitamente refertata al prezzo di 15 euro.

Trieste, ____/____/____

Firma del dichiarante se maggiorenne
(o genitore o esercente patria potestà se minorenne)



Firma del Medico