

SCHEDA ANAMNESTICA PER CERTIFICATO NON 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 FAMILIARE

C'è qualcuno in famiglia (genitori, fratelli, sorelle o nonni) che soffra o abbia sofferto di:

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

B. ANAMNESI PERSONALE FISIOLGICA

Consumo di frutta e verdura: raramente 2-3/sett. 4-5/sett. ogni giorno

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

Consumo di alcolici MAI saltuariamente SI Se **si**, quanto? _____

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

Assume farmaci e/o integratori NO SI Se **si**, quali _____

Ultimi esami del sangue: NO Normali Alterati: _____

C. ANAMNESI PERSONALE PATOLOGICA

Malattie di cuore	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Allergie o Asma	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Pressione elevata	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Altre malattie respiratorie	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Colesterolo elevato	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Malattie neurologiche	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Diabete	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Malattie tiroidee	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Palpitazioni o Dolore Toracico	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Anemia	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Svenimenti	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Neoplasie (Tumori)	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Altro _____			Malattie dei reni/vie urinarie	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>

Ricoveri ospedalieri NO SI Se **si**, indicare motivo del ricovero ed età _____

Interventi chirurgici NO SI Se **si**, indicare tipo di intervento ed età _____

Luogo e Data

Trieste, lì ___/___/_____

Firma del dichiarante se maggiorenne

(o genitore o esercente patria potestà se minorenni)

ATTENZIONE! LEGGERE E COMPILARE ANCHE IL RETRO DEL MODULO

SPAZIO RISERVATO AL MEDICO

STATURA cm	PESO kg	PA mmHg	E.O.	Il medico

- 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
 - REFERTO ELETTROCARDIOGRAMMA (ECG)
 - 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.

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. Acconsento alla loro conservazione per i tempi legalmente previsti.

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 (1 anno) 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 minorenni)
