



**VISITA ED ACCERTAMENTI PER IDONEITA' AGONISTICA SPORTIVA PER MINORENNE:
AUTODICHIARAZIONE DATI SANITARI, CONSENSO INFORMATO.**

Si raccomandano la lettura, la compilazione e la firma in ogni parte in cui è richiesta (totale fogli 3).

Io sottoscritto/a **C. Fiscale**
GENITORE o ESERCENTE LA RESPONSABILITA' genitoriale DELL'ATLETA
nato a _____ Prov _____ il _____
Telefono/cell (del genitore o esercente la responsabilità)

Istruzioni per la compilazione: barrare con una X il **NO o il **SI** a tutte le domande
In caso di dubbi nelle risposte saranno forniti chiarimenti da parte del medico al momento della visita**

È questa la prima visita di idoneità agonistica? NO SI	Ha fatto la visita di idoneità agonistica presso altri centri? NO SI	È mai risultato NON idoneo? NO SI	Perché?
--	--	-----------------------------------	---------------

adottato/in affido NO SI, se sì a che età?

1) Informazioni sanitarie sulla famiglia: riguardo a genitori, zii, nonni, fratelli, sorelle dell'atleta che sono stati affetti o sono affetti dalle seguenti malattie: **I DATI SONO VARIATI RISPETTO LA VISITA PRECEDENTE ? NO SI**

Malattie cuore: NO SI Chi?	Pressione alta NO SI Chi?	Ictus NO SI Chi?	Altro NO SI Chi?
Aritmie NO SI Chi?	Colesterolo alto NO SI Chi?	Problemi renali NO SI Chi?	Morti improvvise NO SI Chi e a che età?
Infarto NO SI Chi?	Diabete NO SI Chi?	Problemi tiroide NO SI Chi?	
Altro NO SI			

2) Raccolta dati fisiologici riguardanti l'atleta: **I DATI SONO VARIATI RISPETTO LA VISITA PRECEDENTE ? NO SI**

Nato da parto: normale NO SI cesareo NO SI complicato NO SI	gemellare NO SI premature NO SI	Età primo ciclo mestruale: anni?	Esegue annualmente bilancio della salute dal medico curante? NO SI
---	------------------------------------	--	--

3) Informazioni sulle abitudini dell'atleta

Fumo NO SI num.sig./die..... Alcol NO SI <input type="checkbox"/> occasionale <input type="checkbox"/> moderato <input type="checkbox"/> spesso	Usa integratori NO SI <input type="checkbox"/> vitaminici <input type="checkbox"/> salini <input type="checkbox"/> proteici <input type="checkbox"/> Altro	Bevanda/e principale della giornata <input type="checkbox"/> Acqua <input type="checkbox"/> bevande gassate/dolci; <input type="checkbox"/> Energy drink <input type="checkbox"/> Altro
Fa colazione NO SI <input type="checkbox"/> bevanda (anche yogurth) <input type="checkbox"/> bevanda + prod. forno <input type="checkbox"/> bevanda + prod. forno + frutto	Mangia frutta/verdura NO SI Porzioni al giorno <input type="checkbox"/> 0-1 <input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 2-3 <input type="checkbox"/> 3-4 <input type="checkbox"/> 4-5	Ore attività sportiva organizzata settimana <input type="checkbox"/> 0-4 <input type="checkbox"/> 6-8 <input type="checkbox"/> 8-12 <input type="checkbox"/> più di 12 Ore attività fisica libera settimana <input type="checkbox"/> 0-3 <input type="checkbox"/> 3-6 <input type="checkbox"/> più di 6

4) Raccolta dati patologici riguardanti l'atleta: **I DATI SONO VARIATI RISPETTO LA VISITA PRECEDENTE ? NO SI**

Ha eseguito le vaccinazioni obbligatorie? Eventualmente ha avuto: Varicella NO SI Parotite (precchioni) NO SI Mononucleosi NO SI a che età? _____ Altro _____	Malattie di cuore: NO SI Soffio NO SI Valvole NO SI Aritmie NO SI Miocardite NO SI Altro _____	Apparato respiratorio: NO SI Tonsilliti NO SI Sinusiti NO SI Bronchiti NO SI Polmoniti NO SI Asma da sforzo NO SI Asma allergico NO SI ALLERGIA NO SI	Manifestazioni anomale durante attività sportiva NO SI Mancanza di respiro NO SI Dolore al petto NO SI Palpitazioni NO SI Vertigini NO SI Altro _____
--	---	--	--



Malattie intestino: Fegato Epatiti, quali: A NO SI, B NO SI, C NO SI Salmonellosi M. Celiaco Gastrite	NO SI NO SI NO SI NO SI NO SI NO SI	Malattie di rene: Sangue nelle urine Proteine nelle urine Altro _____	NO SI NO SI NO SI NO SI	allergia cutanea allergia respiratoria shock allergico Anemia Malattie tiroide Diabete	NO SI NO SI NO SI NO SI NO SI NO SI	Apparato locomotore: Scoliosi Dorso Curvo Piede piatto Piede cavo Altro _____	NO SI NO SI NO SI NO SI	
Apparato neurologico: Mal di testa Convulsioni Epilessia Trauma cranico Altro _____	NO SI NO SI NO SI NO SI NO SI	Ha eseguito una visita oculistica recente Problemi agli occhi: Miopia Ipermetropia Astigmatismo Strabismo	NO SI NO SI NO SI NO SI NO SI	Febbre reumatica Artrite Reumatoide Difficoltà visione dei colori colore verde colore rosso colore blu	NO SI NO SI NO SI NO SI NO SI	Problemi orecchio: Otiti Riduzione udito Sordità Altro _____	NO SI NO SI NO SI NO SI	
Ricoveri per interventi chirurgici	NO SI	Adenoidi Tonsille Appendicite Ernia inguinale	NO SI NO SI NO SI NO SI	Altri interventi	NO SI	quali? _____ _____		
Ha avuto traumi?	NO SI	Distorsioni Fratture Lesioni muscolari Lesioni a legamenti e/o menischi	NO SI NO SI NO SI NO SI	cosa? cosa? cosa? cosa?	_____ _____ _____ _____			
Sta assumendo farmaci?	NO SI	Quali e per quale motivo _____						
È mai stato sottoposto a questi accertamenti e per quale motivo?:	NO SI	Ecografia cardiaca? _____ Holter cardiaco 24 ore? _____						
Spazio riservato ad altre comunicazioni o precisazioni sui precedenti _____ _____								

Ho compilato quanto sopra e DICHIARO:

di **AVER INFORMATO correttamente** il medico delle condizioni psico-fisiche attuali e delle affezioni precedenti del minore e che lo stesso non è mai stato dichiarato NON idoneo in precedenti visite medico sportive di legge. Inoltre mi impegno, come esercente la responsabilità genitoriale dell'atleta, a non fargli/le fare uso di droghe riconosciute illegali e prendo atto dei rischi derivanti dal fumo di tabacco e dall'abuso di alcol.

Data _____

Firma del genitore o esercente responsabilità genitoriale _____

CONSENSO INFORMATO

INFORMAZIONI SULLE MODALITÀ DELLA VISITA E DEGLI ACCERTAMENTI PER IDONEITÀ ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ SPORTIVA AGONISTICA:

Durante la visita, oltre al raccordo anamnestico, saranno effettuate: la visita medica con esame obiettivo e rilevazione della pressione arteriosa, misurazioni antropometriche (peso, altezza, ...), controllo esame urine per presa visione, un ECG a riposo ed eventualmente un test spirometrico.

Per le discipline sportive agonistiche previste nella Tab. B, la normativa prevede il test da sforzo che valuta l'apparato cardiovascolare, per la riduzione del rischio di morte improvvisa.

Tecnicamente il test da sforzo viene eseguito tramite monitoraggio continuo del cuore (telemetria) utilizzando lo step test o il tapis roulant o il cicloergometro o il cicloergometro a manovella, con valutazione nella fase di recupero dopo lo sforzo.



Segue →

Il test da sforzo è nella grandissima maggioranza dei casi un test sicuro. Può essere seguito da lievi disturbi transitori (malessere, debolezza, crampi alle gambe, dolore toracico). Dagli studi scientifici eseguiti risulta l'eventualità assolutamente eccezionale di morte improvvisa. Viene riportata una frequenza di circa un caso ogni 80.000 esami (GH Kimberly, 2014). Rispetto a questo dato, la sicurezza dell'attività svolta nei nostri centri è ancora maggiore, perché il test viene eseguito soltanto al termine di un'accurata visita medica e dopo l'ECG a riposo. Inoltre, Il medico è sempre presente ed il personale ha a disposizione le opportune attrezzature per l'emergenza.

DICHIARO:

- di ESSERE STATO INFORMATO, in modo chiaro ed a me comprensibile, a voce e per iscritto, sullo svolgimento e sui rischi della visita medico sportiva (D.M. 18/02/1982 e DGR 775/2004 e succ. int.) e relativi accertamenti;
- di AVERE OTTENUTO RISPOSTE E SPIEGAZIONI CHE HO BEN COMPRESO ad eventuali richieste di chiarimenti.

Pertanto, in accordo con l'altro genitore da me consultato, consapevolmente

ACCONSENTO NON ACCONSENTO alla visita ed ai relativi accertamenti.

(barrare con una x la voce che interessa)

Data

Firma del genitore o esercente responsabilità genitoriale _____

Firma del MEDICO CHE ACQUISISCE IL CONSENSO _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

Per le finalità connesse alla richiesta di idoneità alla pratica sportiva agonistica, informato e secondo le modalità di cui alla specifica normativa in materia, Codice privacy Dlgs.vo 196/03, autorizzo i Sanitari dell'Unità Operativa Medicina dello Sport dell'AUSL di Reggio Emilia a trattare ed archiviare i dati personali, compresi quelli relativi alla mia visita di idoneità, ad utilizzare lo strumento Data Warehouse Clinico dal quale risalire alla banca dati sanitaria della AUSL di Reggio Emilia e della Azienda Ospedaliera Santa Maria Nuova, utili alla valutazione di idoneità sportiva agonistica, da me richiesta.

Il titolare del trattamento è la Responsabile di Unità Operativa Dott.^{ssa} Fabiana Bruschi.

Data

Firma del genitore o esercente responsabilità genitoriale _____

I dati personali e sanitari raccolti in occasione della visita di medicina dello sport, potranno essere utilizzati, rigorosamente in forma anonima, a fini statistici, scientifici e di ricerca.

Pertanto, in accordo con l'altro genitore da me consultato, consapevolmente

ACCONSENTO NON ACCONSENTO

(barrare con una x la voce che interessa)

Data

Firma del genitore o esercente responsabilità genitoriale _____

**IL PRESENTE MODULO DEVE ESSERE CONSEGNATO COMPILATO AL MOMENTO DELLA VISITA.
SE L'ACCOMPAGNATORE E' DIVERSO DAL GENITORE IL MODULO DEVE ESSERE PRESENTATO GIA' FIRMATO DAL GENITORE.
IN CASO CONTRARIO NON SARA' POSSIBILE EFFETTUARE LA VISITA**