



VISITA ED ACCERTAMENTI PER IDONEITÀ AGONISTICA SPORTIVA PER MINORENNE:

AUTODICHIARAZIONE DATI SANITARI, CONSENSO INFORMATO

Si raccomanda la lettura, la compilazione e la firma in ogni parte in cui è richiesta (totale fogli 4)

Io sottoscritto/a

Codice Fiscale

GENITORE o Esercente la responsabilità genitoriale dell'ATLETA

nato a

Prov

il

telefono/cell (del genitore o esercente la responsabilità)

L'atleta è stato adottato/in affido NO SI se Sì, a che età?

IL MODULO DEVE ESSERE CONSEGNATO COMPILATO E FIRMATO DAL **GENITORE O DALL'ESERCENTE LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE (TUTORE LEGALE)**.

I MINORI VENGONO VISITATI ESCLUSIVAMENTE IN PRESENZA DEL GENITORE O DELL'ESERCENTE LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE (TUTORE LEGALE).

IN ASSENZA DEL GENITORE O DEL TUTORE LEGALE NON SARÀ EFFETTUATA LA VISITA.

Istruzioni per la compilazione: barrare con una X il NO o il SI in 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 <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	Ha fatto la visita di idoneità agonistica presso centri privati? NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	È mai risultato NON idoneo? NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Se sì, perché?
---	---	--

1. Informazioni sanitarie sulla famiglia dell'atleta

Genitori, zii, nonni, fratelli, sorelle dell'atleta hanno o hanno avuto in passato:

I DATI SONO VARIATI RISPETTO LA VISITA PRECEDENTE?										NO	SI
Malattie cuore Chi?	NO	SI	Pressione alta Chi?	NO	SI	Ictus Chi?	NO	SI	Aritmie Chi?	NO	SI
Infarto Chi?	NO	SI	Problemi renali Chi?	NO	SI	Colesterolo alto Chi?	NO	SI	Diabete Chi?	NO	SI
Problemi tiroide Chi?	NO	SI	Morti improvvise?	NO	SI	Se SI, chi e a che età?		Altro		NO	SI

2. Raccolta dati fisiologici riguardanti l'atleta

I DATI SONO VARIATI RISPETTO LA VISITA PRECEDENTE?						NO	SI
Nato da parto:	Naturale NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	Cesareo NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	Gemellare NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	Prematuro NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	Complicato NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>		
Età del primo ciclo mestruale dell'atleta se femmina: Anni			Esegue annualmente bilancio della salute dal medico curante/pediatra? NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>				

3. Informazioni sulle abitudini dell'atleta

Fumo	NO	SI	Alcool	NO	SI	Usa integratori	NO	SI	Bevanda/e principale della giornata	
Nr. sigarette al giorno			<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Moderato <input type="checkbox"/> Frequente		<input type="checkbox"/> Vitaminici <input type="checkbox"/> Proteici <input type="checkbox"/> Salinici Altro		<input type="checkbox"/> Acqua <input type="checkbox"/> Bevande gassate <input type="checkbox"/> Energy drink Altro			
	Fa colazione	NO	SI	Mangia frutta e verdura	NO	SI	Ore attività sportiva organizzata a settimana	Ore di attività fisica libera a settimana		
<input type="checkbox"/> Bevande (anche yogurt) <input type="checkbox"/> Bevanda+prod. forno/cereali <input type="checkbox"/> Bevanda+prod. forno+frutto <input type="checkbox"/> Altro				Nr. 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 <input type="checkbox"/> Altro		<input type="checkbox"/> 0-4 <input type="checkbox"/> 4-8 <input type="checkbox"/> 8-12 <input type="checkbox"/> Più di 12		<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 ALLA VISITA PRECEDENTE?											NO	SI						
Ha eseguito le vaccinazioni obbligatorie			NO	SI	Ha avuto la Mononucleosi Se sì, a che età?			NO	SI	Anemia	NO	SI	Diabete	NO	SI			
Malattie del cuore	NO	SI	Soffio	NO	SI	Valvole	NO	SI	Aritmie	NO	SI	Miocardite	NO	SI	Altro			
Malattie 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	Altro												
Manifestazioni anomale durante sport	NO	SI	Mancanza di respiro	NO	SI	Dolore al petto	NO	SI	Palpitazioni	NO	SI	Vertigini	NO	SI	Altro			
Malattie intestino	NO	SI	Fegato	NO	SI	Epatite A	NO	SI	Epatite B	NO	SI	Epatite C	NO	SI	Salmonellosi	NO	SI	
			Celiachia	NO	SI	Gastrite	NO	SI	Altro									
Malattie del rene	NO	SI	Sangue nelle urine	NO	SI	Proteine nelle urine	NO	SI	Altro			Febbre reumatica	NO	SI	Artrite reumatoide	NO	SI	
Apparato locomotore			Scoliosi	NO	SI	Dorso curvo	NO	SI	Piede piatto	NO	SI	Piede cavo	NO	SI	Altro			
Apparato neurologico			Mal di testa	NO	SI	Convulsioni	NO	SI	Epilessia	NO	SI	Trauma cranico	NO	SI	Altro			
Allergie	NO	SI	Quali allergie?			Allergia cutanea	NO	SI	Allergia respiratoria	NO	SI	Shock allergico	NO	SI	Malattie tiroidee	NO	SI	
Ha fatto visita oculistica recente	NO	SI	Problemi agli occhi	NO	SI	Miopia	NO	SI	Ipermetropia	NO	SI	Astigmatismo	NO	SI	Strabismo	NO	SI	
Difficoltà nella visione dei colori	NO	SI	Problemi orecchio	NO	SI	Otiti	NO	SI	Riduzione udito	NO	SI	Sordità	NO	SI	Altro			
Ricoveri per interventi	NO	SI	Adenoidi	NO	SI	Tonsille	NO	SI	Appendicite	NO	SI	Ernia inguinale	NO	SI	Altri interventi	NO	SI	
Ha avuto traumi	NO	SI	Distorsioni Cosa?	NO	SI	Fratture Cosa?	NO	SI	Lesioni muscolari Cosa?	NO	SI	Menischi/legamenti Cosa?	NO	SI	Altro			
Prende farmaci?	NO	SI	Quali e per quale motivo				Ha mai fatto ecografia cardiaca? Se sì, per quale motivo?				NO	SI	Ha mai fatto holter cardiaco 24 ore? Se sì, per quale motivo?				NO	SI
Altre comunicazioni																		

HO COMPILATO QUANTO SOPRA E DICHIARO:

di AVER INFORMATO correttamente il medico delle condizioni psico-fisiche attuali e delle malattie 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.

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 i 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

(barrare con una x la voce che interessa)

alla visita ed ai relativi accertamenti.

Data _____

Firma del genitore o esercente responsabilità genitoriale

Firma e timbro 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, secondo il GDPR UE 2016/679 (General Data Protection Regulation), autorizzo i Sanitari dell'Unità Operativa Medicina dello Sport dell'Azienda USL-IRCCS 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 Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia, utili alla valutazione di idoneità sportiva agonistica, da me richiesta.

Il titolare del trattamento è il Responsabile di Unità Operativa Dott. Gianni Zobbi. L'informativa completa sul trattamento dei dati personali e sensibili da parte dell'Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia è disponibile sulla pagina internet all'indirizzo <http://www.ausl.re.it/privacy>

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 MODULO DEVE ESSERE CONSEGNATO COMPILATO E FIRMATO DAL **GENITORE O DALL'ESERCENTE LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE (TUTORE LEGALE)**.

I MINORI VENGONO VISITATI ESCLUSIVAMENTE IN PRESENZA DEL GENITORE O DELL'ESERCENTE LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE (TUTORE LEGALE).

IN ASSENZA DEL GENITORE O DEL TUTORE LEGALE NON SARÀ EFFETTUATA LA VISITA.