



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)

Il modulo deve essere consegnato compilato (*barrare con una X il NO o il SI in tutte le domande*)
e firmato dal **genitore** o dall'esercente la responsabilità genitoriale (**tutore legale**).

In caso di dubbi nelle risposte saranno forniti chiarimenti da parte del medico al momento della visita.

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.

Io sottoscritta/o _____ 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 SI, a che età? _____

È questa la prima visita di idoneità agonistica? NO SI

Ha fatto la visita di idoneità agonistica presso centri privati? NO SI

È mai risultato NON idoneo? NO SI Se SI, perchè? _____

Nato da parto? Naturale NO SI Cesareo NO SI Gemellare NO SI

Prematuro NO SI Complicato NO SI

Età del primo ciclo mestruale se femmina _____

Esegue annualmente bilancio della salute da medico curante/pediatra? NO SI

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	NO	SI	Chi?
Pressione alta	NO	SI	Chi?
Ictus	NO	SI	Chi?
Aritmie	NO	SI	Chi?
Infarto	NO	SI	Chi?
Problemi renali	NO	SI	Chi?
Colesterolo alto	NO	SI	Chi?
Diabete	NO	SI	Chi?
Problemi tiroide	NO	SI	Chi?
Morti improvvise?	NO	SI	Se SI, chi e a che età?
Altro	NO	SI	

2. INFORMAZIONI SULLE ABITUDINI DELL'ATLETA

I DATI SONO VARIATI RISPETTO LA VISITA PRECEDENTE?

NO SI

Fa colazione NO SI ☐ Bevande (anche yogurt) ☐ Bevanda+prod. forno/cereali
☐ Bevanda+prod. forno+frutto ☐ Altro

Mangia frutta e verdura NO SI Nr. porzioni al giorno: ☐ 0-1 ☐ 1-2 ☐ 2-3
☐ 3-4 ☐ 4-5 ☐ Altro

Fumo NO SI Nr. Sigarette al giorno

Alcool NO SI ☐ Occasionale ☐ Moderato ☐ Frequente

Usa integratori NO SI ☐ Vitaminici ☐ Proteici ☐ Salinici *Altro*

Bevanda/e principale della giornata ☐ Acqua ☐ Bevande gassate ☐ Energy drink
Altro

Ore attività sportiva organizzata a settimana ☐ 0-4 ☐ 4-8 ☐ 8-12 ☐ Più di 12

Ore di attività fisica libera a settimana ☐ 0-3 ☐ 3-6 ☐ Più di 6

3. RACCOLTA DATI PATOLOGICI RIGUARDANTI L'ATLETA

I DATI SONO VARIATI RISPETTO LA VISITA PRECEDENTE?

NO SI

Ha eseguito le vaccinazioni obbligatorie NO SI

Ha avuto la mononucleosi NO SI Se SI, a che età?

Anemia NO SI **Diabete** NO SI

Febbre reumatica NO SI **Artrite reumatoide** NO SI

Malattie tiroide NO SI

Manifestazioni anomale durante lo sport NO SI **Mancanza di respiro** NO SI

Dolore al petto NO SI **Palpitazioni** NO SI

Vertigini NO SI *Altro*

Malattie del cuore NO SI **Soffio** NO SI **Valvole** NO SI **Aritmie** NO SI

Miocardite NO SI *Altro*

Hai mai fatto ecografia cardiaca? NO SI Se SI, per quale motivo?

Hai mai fatto holter cardiaco 24 ore? NO SI Se SI, per quale motivo?

Prende farmaci? NO SI Quali e per quale motivo?

Allergie NO SI Se SI quali?

Allergia cutanea NO SI **Allergia respiratoria** NO SI **Shock allergico** NO SI

Malattie apparato respiratorio NO SI

Tonsilli NO SI **Sinusiti** NO SI

Bronchiti NO SI **Polmoniti** NO SI

Asma da sforzo NO SI **Asma allergico** 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	Proteine nelle urine	NO	SI	Sangue nelle urine	NO	SI
			<i>Altro</i>					
Apparato locomotore			Scoliosi	NO	SI	Dorso curvo	NO	SI
			Piede piatto	NO	SI	Piede cavo	NO	SI
			<i>Altro</i>					
Apparato neurologico			Mal di testa	NO	SI	Convulsioni	NO	SI
			Epilessia	NO	SI	Trauma cranico	NO	SI
			<i>Altro</i>					
Ha fatto visita oculistica recente	NO SI							
			Problemi agli occhi	NO	SI	Strabismo	NO	SI
			Astigmatismo	NO	SI	Miopia	NO	SI
			Ipermetropia	NO	SI			
			Difficoltà nella visione dei colori	NO	SI			
Problemi orecchio	NO	SI	Otiti	NO	SI	Sordità	NO	SI
			Riduzione udito	NO	SI			
Ricoveri per interventi	NO	SI	Adenoidi	NO	SI	Ernia inguinale	NO	SI
			Tonsille	NO	SI	Appendicite	NO	SI
			Altri interventi	NO	SI			
Ha avuto traumi	NO	SI	Distorsioni	NO	SI	Cosa?		
			Menischi/legamenti	NO	SI	Cosa?		
			Fratture	NO	SI	Cosa?		
			Lesioni muscolari	NO	SI	Cosa?		

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