

AGGIORNAMENTO ANAMNESTICO per visite successive alla prima
 Segnalare UNICAMENTE i cambiamenti anamnestici rispetto all'ultima visita effettuata presso questo Centro

Cognome: _____ Nome: _____ Età: _____

Sesso: M F Ulss: _____ Documento d'identità: _____ N°: _____

Nato a: _____ Prov: _____ Il: _____

Residenza a: _____ Prov: _____ Via: _____ N° _____ CAP _____

Domicilio a: _____ Prov: _____ Via: _____ N° _____ CAP _____

Tel: _____ Mail: _____

GENITORE (o TUTORE delegato) in caso di Atleta minorenni

Nome e Cognome		Luogo e Data di nascita
Residenza e/o Domicilio		Documento d'identità (tipo e n°)
Recapiti	Telefono	Mail

Aggiornamento anamnesi FAMILIARE

(notizie riguardanti Nonni, Genitori, Fratelli, Sorelle)

<input type="checkbox"/> Nessun aggiornamento anamnestico nel periodo trascorso	Se SÌ, specificare:	
	Eventi ischemici (Infarto, Ictus Cerebri, TIA) Se sì, CHI	SI NO
	Morte Improvvisa Giovanile (Prima dei 50 anni) Se sì, CHI	SI NO
	Altre problematiche cardiologiche (es. Fibrillazione atriale, Aritmie, Cardiomiopatie congenite, Valvulopatie) Se sì, CHI	SI NO
	Iperensione arteriosa Se sì, CHI	SI NO
	Dislipidemie (es. Ipercolesterolemia, Ipertrigliceridemia) Se sì, CHI	SI NO
	Diabete mellito Se sì, CHI	SI NO
	Altro (es. Tumori, Tireopatie, Pneumopatie, Mal. Genetiche)..... Se sì, CHI	SI NO

ANAMNESI PERSONALE (notizie riguardanti l'Atleta)

Professione: _____

Sport per i quali si richiede la visita: _____

AGONISTICO NON AGONISTICO CONCORSO PUBBLICO

Aggiornamento anamnesi PERSONALE

<input type="checkbox"/> Nessun aggiornamento anamnestico nel periodo trascorso	Se SÌ, specificare:	
	Cuore (es. Aritmie, eventi ischemici, Valvulopatie, Episodi sincopali)	SI NO
	Fattori di rischio cardiovascolare (es. Iperensione, Diabete, Ipercolesterolemia, Ipertrigliceridemia)	SI NO
	Polmoni e vie aeree (es. Asma, Broncospasma, BPCO, Rinite allergica, COVID)	SI NO
	Apparato Gastrointestinale (es. RGE, Gastrite, RCU, Allergie e/o Intolleranze alimentari)	SI NO
	Tiroide (es. Ipotiroidismo, Iperitiroidismo, T. Hashimoto)	SI NO
	Muscoli – Ossa - Articolazioni (es. Traumi, Fratture, Scoliosi, Piedi piatti, Ernie discali)	SI NO
	Occhi (es. Miopia, Astigmatismo, Ipermetropia, Presbiopia, Strabismo)	SI NO
	Allergie (es. Dermatite, Orticaria, Rush cutaneo, Shock anafilattico)	SI NO
	Altro (es. Tumori, Mal. Genetiche, Eemicrania, Cefalea)	SI NO
	Ricoveri e/o Interventi Chirurgici	SI NO
	Farmaci - se sì, quali	SI NO
(Solo sesso femminile Ciclo Mestruale)	SI NO	

Fumo <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> EX	Alcool <input type="checkbox"/> Abituale <input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> NO	Caffè <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Vaccinazione antitetanica
N°/die		N°/die	<input type="checkbox"/> SI data <input type="checkbox"/> NO

DICHIARAZIONI E CONSENSI

Le caselle vanno **SEMPRE** barrate dall'Atleta, se maggiorenne, o dal genitore/tutore delegato per l'Atleta minorenni.

- Dichiaro di aver informato correttamente il medico** delle condizioni psicofisiche, che quanto sopra riportato corrisponde al vero e di **non aver omesso nulla** circa malattie o menomazioni pregresse o in atto.
- Dichiaro di non aver ricevuto** in altra sede giudizio di **"NON IDONEITA'"** alla pratica sportiva e di **NON AVERE** cartelle cliniche aperte presso altri Centri. Mi impegno a non far uso di sostanze riconosciute illegali e do atto di essere stato informato dei pericoli derivanti dal fumo di tabacco e dall'abuso di alcool. (Circ. Reg. Veneto n°23694 del 20/06/1986).

PRIVACY	
<input type="checkbox"/> ACCONSENTO <input type="checkbox"/> NON ACCONSENTO	ai sensi dell'attuale legge sulla privacy, a trattare i miei dati, personali e sensibili, per le finalità connesse alla mia richiesta di idoneità alla pratica sportiva agonistica/non agonistica, secondo le modalità e le procedure previste dalle leggi sulla tutela sanitaria delle attività sportive.

COMUNICAZIONE ALLA SOCIETA'	
<input type="checkbox"/> Società che richiede la visita medica: <input type="checkbox"/> Richiesta a titolo individuale	
Art. 6 D. M. 18.2.1982: Qualora a seguito degli accertamenti sanitari risulti la NON idoneità alla pratica agonistica di un determinato sport, l'esito negativo con l'indicazione della diagnosi posta a base del giudizio viene comunicato, entro 5 giorni, all'interessato ed al competente ufficio regionale. Alla società sportiva di appartenenza viene comunicato il solo esito negativo.	

TEST DA SFORZO (solo visite agonistiche)	
<input type="checkbox"/> ACCONSENTO <input type="checkbox"/> NON ACCONSENTO	alla sottoposizione al test da sforzo (STEP TEST, cicloergometro, tapis roulant o armoergometro) ed alle eventuali misure terapeutiche che si rendessero necessarie od opportune nel corso e/o dopo la realizzazione della procedura. Il test da sforzo è un esame obbligatorio previsto dal D.M. 18.2.1982 per il rilascio del certificato di idoneità alla pratica sportiva agonistica. L'esame non è esente da complicanze pertanto, durante la prova, il paziente dovrà tempestivamente segnalare la comparsa di anomalie che possono essere segni indicativi di uno stato di pericolo: sono a disposizione apparecchiature idonee e personale addestrato ed esperto ad affrontare tali situazioni.

ATLETI MINORENNI ACCOMPAGNATI	
DELEGO	il/la Sig./ra _____ ad essere presente in mia vece alla visita medica a cui mio figlio/a si sottoporrà per l'accertamento della idoneità alla pratica sportiva agonistica. <i>(Allegare fotocopia documento di identità valido attestante la patria potestà)</i>

Data _____

Firma dell'Atleta (o del Genitore/Tutore se minorenni)

Firma del Medico dello Sport

Qualora l'Atleta risulti IDONEO verrà consegnato solo il certificato medico sportivo non gli esiti degli esami eseguiti in fase di visita, esami eseguiti al solo scopo valutativo al fine del rilascio del certificato e non spendibili in altra visita. Tutta la documentazione, in originale, prevista dalla visita (spirometria, ECG, Test da sforzo, certificato ...) fa parte di una Cartella Clinica la cui conservazione è onere e responsabilità del Centro di Medicina e del Medico dello Sport. Per quanto riguarda gli esami di approfondimento eventualmente richiesti (ecografia cardiaca, holter...) verranno conservati in copia in cartella clinica, mentre gli originali di questi esami saranno consegnati all'atleta. Qualora il paziente avesse la necessità di avere i referti può sempre fare richiesta successiva di copia cartella clinica al costo di € 10.00.