



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 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 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 <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	Chi?	<input type="text"/>
Pressione alta	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	Chi?	<input type="text"/>
Ictus	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	Chi?	<input type="text"/>
Aritmie	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	Chi?	<input type="text"/>
Infarto	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	Chi?	<input type="text"/>
Problemi renali	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	Chi?	<input type="text"/>
Colesterolo alto	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	Chi?	<input type="text"/>
Diabete	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	Chi?	<input type="text"/>
Problemi tiroide	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	Chi?	<input type="text"/>
Morti improvvise?	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	Se SI, chi e a che età?	<input type="text"/>
Altro	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>		<input type="text"/>

2. INFORMAZIONI SULLE ABITUDINI DELL'ATLETA

I DATI SONO VARIATI RISPETTO LA VISITA PRECEDENTE? NO SI 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 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 tiroidee 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

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 NOOSIO	Proteine nelle urine NOOSIO	Sangue nelle urine NOOSIO
	Altro <input type="text"/>	
Apparato locomotore	Scoliosi NOOSIO	Dorso curvo NOOSIO
	Piede piatto NOOSIO	Piede cavo NOOSIO
	Altro <input type="text"/>	
Apparato neurologico	Mal di testa NOOSIO	Convulsioni NOOSIO
	Epilessia NOOSIO	Trauma cranico NOOSIO
	Altro <input type="text"/>	
Ha fatto visita oculistica recente NOOSIO	Problemi agli occhi NOOSIO	Strabismo NOOSIO
	Astigmatismo NOOSIO	Miopia NOOSIO
	Ipermetropia NOOSIO	
	Difficoltà nella visione dei colori NOOSIO	
Problemi orecchio NOOSIO	Otiti NOOSIO	Sordità NOOSIO
	Riduzione udito NOOSIO	
Ricoveri per interventi NOOSIO	Adenoidi NOOSIO	Ernia inguinale NOOSIO
	Tonsille NOOSIO	Appendicite NOOSIO
	Altri interventi NOOSIO	
Ha avuto traumi NOOSIO	Distorsioni NOOSIO	Cosa? <input type="text"/>
	Menischi/legamenti NOOSIO	Cosa? <input type="text"/>
	Fratture NOOSIO	Cosa? <input type="text"/>
	Lesioni muscolari NOOSIO	Cosa? <input type="text"/>

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