

**SCHEDA ANAMNESTICA**

IL MEDICO VISITATORE

Cognome e Nome dell'atleta \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ FIRMA PER PRESA VISIONE

**A. Storia familiare**

1. a	Hai un Parente prossimo che ha avuto una morte improvvisa o inspiegabile prima dei 50 anni di età? <b>Chi?</b> .....	NO	SI
1. b	Hai un Parente prossimo affetto da malattie cardiovascolari gravi e/o ereditarie? <b>Chi?</b> .....	NO	SI

**B. Storia personale**

2.	Hai mai avuto perdita dei sensi (svenimento-sincope)?	durante esercizio-sforzo fisico	NO	SI
		dopo esercizio-sforzo fisico	NO	SI
		non correlato all'esercizio-sforzo fisico	NO	SI
3.	Un medico ti ha mai detto che hai un problema cardiaco, pressione arteriosa alta, colesterolo alto, un soffio al cuore, un aritmia cardiaca, malattia reumatica, infezioni al cuore o altro? <b>Quali:</b>	NO	SI	
4.	Un medico ti ha mai prescritto un test per il cuore, per esempio ECG, Holter o ECO?	NO	SI	
5.	Un medico ti ha mai detto che hai asma, crisi convulsive, epilessia, problemi di salute che impediscono lo sport, diabete, obesità, malattie ortopediche, malattie neurologiche, malattie respiratorie o altro? <b>Quali:</b>	NO	SI	
6.	Hai qualche allergia (per esempio pollini, polvere, farmaci, cibi, punture d'insetto)?	NO	SI	
7.	Attualmente stai facendo qualche cura, usando farmaci (qualsiasi tipo) su prescrizione medica o "da banco" (senza ricetta) o pillole o inalatori?	NO	SI	
8.	Hai mai avuto ricoveri ospedalieri e/o interventi chirurgici, infortuni gravi? <b>Quali:</b>	NO	SI	
9.	Negli ultimi due anni hai preso farmaci in maniera costante?	NO	SI	
10.	<b>Vista:</b> porti occhiali e/o lenti a contatto?	NO	SI	
11.	<b>Udito:</b> hai problemi di udito?	NO	SI	
12.	<b>Menarca</b> (prima mestruazione)      NO      SI      Anno      Data ultima mestruazione      /      /			
13.	<b>Fuma</b> NO      SI      Sig./die N° <b>Alcool</b> NO      SI      Quantità/die			
14.	<b>Hai fatto, o fai uso di droghe/doping?</b> NO      SI <b>Quali:</b>			

**C. Storia sportiva**

15.	Tipo di sport per cui è richiesta la visita	N°. allenamenti alla settimana	Durata allenamento in minuti	N°. competizioni alla settimana

**La presente scheda anamnestica deve essere compilata dai genitori degli atleti MINORENNI che al momento della visita non possono essere presenti. Si informa che i minorenni NON PROVVISI della scheda anamnestica compilata in ogni suo punto dai genitori NON POTRANNO EFFETTUARE LA VISITA MEDICA di idoneità sportiva agonistica.**

**IMPORTANTE:** la raccolta dei dati anamnestici è fondamentale per la valutazione complessiva dello stato di salute dell'atleta e per la diagnosi di patologie ereditarie ed è parte integrante della cartella clinica.

Data, Corsico li \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Firma del Genitore

---

## INFORMATIVA AI SENSI DELL'EX ART.13 DEL D.LGS. 196/03 PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

1. Per dati personali si intendono, ai sensi della presente informativa:
  - quelli sanitari che avremo occasione di rilevare nell'espletamento della nostre prestazioni mediche a Suo favore;
  - quelli sanitari necessari per la valutazione di cui ai Decreti Ministeriali 18.02.1982 e 14.03.1993;
  - quelli spontaneamente da Lei forniti.
2. I dati vengono da noi raccolti con la esclusiva finalità di effettuare quanto previsto dai decreti sopra richiamati e dalla Legge Regionale 66/1981.
3. I dati verranno riportati su "Schede di Valutazione Medico Sportiva" che verranno da noi mantenuti e protetti con modalità idonee (secondo le modalità previste dagli art. 31 e seguenti del D.LGS. 196/03).
4. I dati verranno comunicati:
  - senza diagnosi clinica alla società Sportiva e alla Federazione o Ente di promozione Sportiva di riferimento;
  - in chiaro, alla ASL competente per territorio;
  - in forma anonima, alla U.O. Prevenzione della Direzione Generale Sanità per gli adempimenti di cui alle normative sopra citate.
5. Richiamiamo integralmente, ai sensi dell'Art.7 del D.LGS., i suoi diritti in ordine al trattamento dei dati personali.
6. Le segnaliamo che il Titolare del trattamento ad ogni di Legge è il Centro di Medicina dello Sport NUOVA DECATHLON srl in persona del Direttore Sanitario e che il Responsabile del trattamento è il **Dr. F. BRACONARO**.
7. Nel caso in cui tale consenso non venga esercitato non sarà possibile redigere il certificato di cui ai decreti sopra richiamati e di conseguenza non sarà possibile da parte della Commissione Regionale D'Appello prendere in esame il caso per carenza di documentazione.

### Consenso ai sensi dell'Art. 23. D.LGS. 196/03

Apponendo la firma in calce al presente modulo, manifesto il mio consenso al trattamento dei dati, nell'ambito delle finalità e modalità di cui sopra, e nei limiti di cui il mio consenso fosse richiesto ai sensi di legge.

In particolare manifesto il mio consenso espresso per:

- l'acquisizione dei dati di cui al punto 1;
- la comunicazione dei dati ai terzi ai sensi del precedente punto 4.

### **N.B. Si prega di compilare con i dati anagrafici del genitore**

Nome e Cognome \_\_\_\_\_ Cod. Fisc. \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Data visita \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Firma leggibile dell'interessato/a o del tutore se minore** \_\_\_\_\_

---

Il sottoscritto dichiara di informare il Medico delle attuali condizioni psico-fisiche e delle affezioni precedenti del proprio figlio, che non è mai stato dichiarato NON IDONEO in precedenti visite, che non ha in corso sospensioni né si trova in attesa di giudizio di idoneità sportiva agonistica da parte di altro Centro di Medicina dello Sport. Dichiara altresì di essere consenziente ad eventuali controlli antidoping disposti dalla legislazione vigente.

Data visita \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ **Firma leggibile del Genitore** \_\_\_\_\_