

SalusVeneto

Poliambulatori Medici

RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITA' ALLO SPORT AGONISTICO

L'ATLETA

COGNOME..... NOME.....

CODICE FISCALE:

CARTA D'IDENTITA'

Nato a il

Residente in C.A.P. Via

..... N° Telefono

.....

CHIEDE Visita Medico Sportiva per IDONEITA' SPORTIVA ALLA PRATICA AGONISTICA

DELLO SPORT

AUTODICHIARAZIONE Decreto n. 196/03 T.V. 2004 (PER MINORI)

Il sottoscritto(esercente la patria potestà sul minore

.....) dà il consenso alla effettuazione dei relativi accertamenti di idoneità.

Firma del genitore o tutore

Io sottoscritto dichiaro di avere informato esattamente il medico delle mie attuali condizioni psico-fisiche, delle affezioni precedenti e di non essere mai stato dichiarato non idoneo in precedenti visite medicosportive di legge. Inoltre mi impegno a non fare uso di droghe riconosciute illegali e do atto di essere stato informato dei pericoli derivanti dal fumo di tabacco e dall'uso di alcool. Esprimo inoltre, ai sensi della attuale legge sulla privacy, il consenso a trattare i miei dati, personali e sensibili, per le finalità connesse alla mia richiesta di idoneità alla pratica sportiva agonistica, secondo le modalità e per le procedure previste dalle leggi sulla tutela sanitaria delle attività sportive.

Firma del dichiarante o (per i minori) dell'esercente la patria potestà

.....

Data.....

ATTO DI CONSENSO INFORMATO Il sottoscritto richiede di essere sottoposto ad esame strumentale per valutazione cardiaca mediante test ergometrico al cicloergometro e/o STEP-TEST. Dichiaro di essere a conoscenza che tale test, in caso di rischio anche minimo, verrà immediatamente sospeso dall'equipe medica come pure potrà essere sospeso in ogni momento su richiesta del soggetto visitato, considerando eseguito ai fini amministrativi l'esame. Dichiaro altresì di aver correttamente informato l'equipe visitante delle condizioni di salute, delle malattie pregresse e dei farmaci assunti, nonché dichiaro di non aver posto in essere comportamenti tali da rendere pericoloso tale esame quali ad esempio l'assunzione di sostanze attive in grado di falsare la normale risposta fisiologica allo stress.

SALUS VENETO SRL

Tel.: 0422/1520205

Vicolo Antonio Vivaldi, 2 – 31030
Mignagola di Carbonera (TV)

www.salusveneto.it
segreteria@salusveneto.it

Tutti gli accertamenti, eseguiti durante la visita per l' idoneità sportiva, (ecg a riposo e sotto sforzo, stick urine, spirometria, etc) utili ai fini diagnostici per la rilevazione dell' idoneità, restano nella Cartella Clinica Sportiva e verranno consegnati al paziente solo a seguito di espressa richiesta del Medico Specialista Cardiologo per eventuali successivi controlli.

Io sottoscritto dichiaro di essere stato informato che dovrò sottopormi ad una nuova visita medico-sportiva agonistica (RETURN-TO-PLAY) in caso di infezione da Sars-CoV2, sopraggiunta in corso di validità della certificazione stessa, prima di poter riprendere l' attività sportiva.

Firma del dichiarante o (per i minori) dell'esercente la patria potestà

Data.....

MODULO DI ANAMNESI

Cognome _____ Nome _____ Età _____
Luogo di nascita _____ Data di Nascita _____ Sesso _____
Indirizzo _____ Codice Fiscale _____
Città _____ CAP _____ Prov. _____

Questionario anamnestico

Anamnesi familiare (Genitori, fratelli, nonni)

Diabete Si No chi _____
Ipertensione Arteriosa Si No chi _____
Morte improvvisa giovanile Si No chi _____
Cardiopatía ischemica od infarto Si No chi _____
Altro (specificare) _____

Anamnesi fisiologica

Alimentazione Libera regime dietetico in atto _____
Fumo Si quante sigarette _____ No
Alcolici e superalcolici : Astemio Occasionale Bevitore Ex-bevitore
Uso di farmaci: Si No
quali e perchè _____
Altro (specificare) _____

Per le donne: Data primo menarca _____ Data ultima mestruazione _____

Gravidanze Si No quante _____

Soffri o hai sofferto di malattie come:

Diabete Si No Ipertensione Arteriosa Si No

Malattie neurologiche o epilessia Si No Malattie e/o aritmie cardiache Si No
Malattie renali Si No Asma Si No

Allergie Si No quali _____

Interventi chirurgici subiti Si No quali _____

Infortuni rilevanti o fratture Si No quali _____

Traumi cranici Si No

Altro _____

Anamnesi COVID-correlata

Nell'ultimo mese sei stato in contatto con una Persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19?

Si No Non so

Indica se manifesti uno dei seguenti sintomi:

- Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi simil-influenzali?
- Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto?
- Dolore addominale/diarrea?
- Lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi? Nessuno
- Hai fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese? Si No Non so

Test COVID-19:

- Nessun test COVID-19 recente T
- Test COVID-19 negativo (Data: _____)
- Test COVID-19 positivo (Data: _____)
- In attesa di test COVID-19 (Data: _____)

Riferisci eventuali altre patologie o notizie utili sul Tuo stato di salute

SALUS VENETO SRL

Tel.: 0422/1520205

Vicolo Antonio Vivaldi, 2 – 31030
Mignagola di Carbonera (TV)

www.salusveneto.it
segreteria@salusveneto.it