

# 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.....Nr.....

Telefono .....

**CHIEDE Visita Medico Sportiva per IDONEITA' SPORTIVA ALLA PRATICA AGONISTICA**

**DELLO SPORT** .....

### **DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO**

Il sottoscritto richiede di essere sottoposto ad esame strumentale per valutazione cardiaca mediante test ergometrico al cicloergometro e/o STEP-TEST. Dichiara 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. Dichiara altresì di aver correttamente informato l'equipe visitante delle condizioni di salute, delle malattie pregresse e dei farmaci assunti, nonché dichiara 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.

**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.**

**Gli esami richiesti in copia dal Paziente saranno a pagamento.**

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.

Data.....

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

**SALUS VENETO SRL**

Tel.: 0422/1520205

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

[www.salusveneto.it](http://www.salusveneto.it)  
[segreteria@salusveneto.it](mailto:segreteria@salusveneto.it)

## CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI AI SENSI DEL REGOLAMENTO (UE) 2016/679 (GDPR)

Ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR), si informa che i dati personali forniti, inclusi i dati relativi allo stato di salute, saranno trattati esclusivamente per le finalità connesse all'emissione del presente certificato medico sportivo, nonché per adempiere agli obblighi di legge e regolamentari.

Il trattamento avverrà nel rispetto dei principi di liceità, correttezza, trasparenza e tutela della riservatezza e dei diritti dell'interessato, mediante strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi. I dati personali non saranno comunicati a terzi, salvo nei casi previsti dalla legge o con il consenso esplicito dell'interessato.

I dati personali raccolti, inclusi quelli relativi allo stato di salute, sono trattati per le seguenti finalità:

- Esecuzione di visite mediche finalizzate all'idoneità sportiva.
- Adempimento di obblighi di legge in ambito sanitario e amministrativo.
- Conservazione dei dati per la gestione della cartella clinica sportiva.

Il trattamento dei dati personali si basa sulle seguenti basi giuridiche:

- **Consenso esplicito** dell'interessato ai sensi dell'Art. 9 del GDPR per il trattamento dei dati relativi alla salute.
- **Necessità di adempiere a obblighi di legge** (Art. 6, par. 1, lett. c del GDPR).
- **Esecuzione di attività mediche richieste** dall'interessato (Art. 6, par. 1, lett. b del GDPR).

L'interessato ha diritto di accedere, rettificare, cancellare, limitare il trattamento dei propri dati personali, opporsi al trattamento o richiedere la portabilità dei dati, nonché di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali.

Il titolare del trattamento dei dati personali è **SALUS VENETO SRL**, con sede in **Vicolo Antonio Vivaldi, 2, 31030 Mignagola di Carbonera (TV)**. Per qualsiasi richiesta o chiarimento relativo al trattamento dei dati personali, il titolare può essere contattato all'indirizzo email **segreteria@salusveneto.it**.

Dichiaro di aver preso visione dell'informativa e acconsento al trattamento dei miei dati personali per le finalità indicate.

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 \_\_\_\_\_  
Cardiopatia 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 sportiva

Sport \_\_\_\_\_ Società sportiva \_\_\_\_\_

Allenamenti a settimana \_\_\_\_\_ Durata in ore \_\_\_\_\_

Quando pratici sport, hai mai accusato:

disturbi improvvisi Si ☐ No ☐ dolori toracici Si ☐ No ☐

svenimenti Si ☐ No ☐ grande stanchezza Si ☐ No ☐

Hai già eseguito visite per l'idoneità agonistica? Si ☐ No ☐

Sei mai stato giudicato NON idoneo o sospeso nel corso di tali visite? Si ☐ No ☐

In caso affermativo, indicare la ragione \_\_\_\_\_

Hai mai eseguito ulteriori accertamenti successivi alle visite di idoneità sportiva

Si ☐ No ☐

In caso affermativo quali \_\_\_\_\_

**Dichiarazione ex. D.M.18/02/82:** va sottoscritta dal visitato o, nel caso minorenne, da almeno un genitore. Io sottoscritto dichiaro di aver informato esattamente il medico delle mie attuali condizioni psicofisiche, delle affezioni precedenti e di non essere mai stato dichiarato non idoneo in precedenti visite sportive di legge. Inoltre m'impegno a non far uso di droghe riconosciute illegali o d'atto di essere informato dei pericoli derivanti dal fumo di tabacco e dall'uso dell'alcool.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ (del genitore se l'atleta è minorenne)

## Esame obiettivo

Trofismo \_\_\_\_\_ Peso Kg. \_\_\_\_\_ Statura cm. \_\_\_\_\_

Apparato locomotore \_\_\_\_\_

Torace ed apparato respiratorio \_\_\_\_\_

Apparato cardiocircolatorio: \_\_\_\_\_

P.A. a riposo \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Addome ed organi genitali: \_\_\_\_\_

Arti: \_\_\_\_\_

Acuità visiva: naturale OD \_\_\_\_\_/10 OS \_\_\_\_\_/10 \_\_\_\_\_

corretta OD \_\_\_\_\_/10 OS \_\_\_\_\_/10 \_\_\_\_\_

Senso cromatico: \_\_\_\_\_

Udito: \_\_\_\_\_

Conclusioni esame obiettivo: \_\_\_\_\_

Firma del medico visitatore \_\_\_\_\_

**SALUS VENETO SRL**

Tel.: 0422/1520205

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

www.salusveneto.it  
segreteria@salusveneto.it