



QUESTIONARIO SU MALATTIE E INFORTUNI – CONSENSO

Cognome e nome di chi pratica attività sportiva/motoria: _____,

nato/a il _____ a _____, residente a _____

_____ ; Codice Fiscale _____

A) STORIA FAMILIARE (barrare ciò che interessa)

Ha un qualsiasi membro della famiglia (genitori, fratelli/sorelle, figli) o parente (nonni, zii, cugini, nipoti) che:

- E' morto prima dei 50 anni? NO SI Chi? _____
- Ha inspiegabili svenimenti? NO SI Chi? _____
- Ha la pressione arteriosa alta? NO SI Chi? _____
- E' portatore di pace-maker o defibrillatore? NO SI Chi? _____
- Ha malattie cardiache (infarto, bypass, aritmie)? NO SI Chi e quali? _____
- Ha malattie respiratorie (asma)? NO SI Chi e quali? _____
- Ha il diabete (mellito)? NO SI Chi? _____

B) STORIA PERSONALE (barrare ciò che interessa)

Di quali malattie ha sofferto? Morbillo Rosolia Varicella
 Mononucleosi Parotite Toxoplasmosi

Ha mai avuto:

- Perdita di sensi, svenimenti? NO SI
- Dolore o senso di peso al torace? NO SI
- Problemi respiratori, difficoltà nel respiro? NO SI
- Allergie (pollini, cibi, medicine, altro)? NO SI Quali? _____
- Asma? NO SI
- Epilessia? NO SI
- Ricoveri in Ospedale? NO SI Motivo? _____
- Altre malattie? NO SI Quali? _____
- Infortuni? NO SI Quali? _____

Ha il diabete (mellito)? NO SI

Negli ultimi 2 anni ha preso farmaci costantemente? NO SI Quali? _____

Ha, in passato, eseguito accertamenti specialistici (es. visita cardiologica, ecocardiogramma, ECG 24 ore, altro)? NO SI Quali? _____

C) ATTIVITA' SPORTIVA/MOTORIA

Tipo _____ Specialità _____

Ruolo _____ Allenamenti a settimana _____ Competizioni _____

D) ALTRE NOTIZIE

Fumo: NO SI quantità _____ Alcol: NO SI quantità _____

Stupefacenti: NO SI quali e quantità _____

DICHIARAZIONE [cancellare ciò che NON interessa]

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome): (genitore del) praticante attività sportiva / motoria sopra generalizzato, dichiaro di aver fedelmente risposto al questionario e che personalmente (mio/a figlio/a) non sono (è) stato/a dichiarato/a NON IDONEO/A a una precedente visita medico-sportiva.

data _____ firma per esteso _____
(per i minorenni almeno un genitore)

INFORMAZIONI SULLA VISITA MEDICO-SPORTIVA

La visita di idoneità alla pratica dello sport agonistico è un **obbligo previsto dalla legge** (D.M. 18.2.1982), a tutela della salute degli sportivi iscritti presso le Società Sportive o Enti di Promozione Sportiva e qualificati agonisti secondo le norme stabilite per ogni sport.

L'accertamento dell'idoneità comprende una serie di esami, tra cui: visita medica, esame delle urine, spirometria (prova delle capacità respiratorie), elettrocardiogramma a riposo, prova ergometrica, elettrocardiogramma dopo sforzo. La prova ergometrica può essere svolta con modalità differenti e scelte caso per caso: step-test (si sale e si scende da uno scalino) o cicloergometro (si pedala su una cyclette) o nastro trasportatore (si corre su una pedana mobile).

La **prova ergometrica è impegnativa** per cuore, polmoni e muscoli, essendo stata studiata per simulare le condizioni dell'attività fisica. Anche se questo test di routine non va fino al massimo delle capacità, per la grande variabilità individuale delle condizioni fisiche e di allenamento, può risultare faticoso. Presso la Struttura di Medicina Sportiva dell'ASL CN1 il test viene svolto sotto costante controllo, anche elettrocardiografico, per ridurre al minimo i rischi, peraltro limitati e non superiori a quelli della pratica sportiva stessa.

In caso di eventuali anomalie riscontrate durante gli esami clinici, potrebbero rendersi necessari ulteriori accertamenti, per i quali sarà fornita apposita richiesta scritta.

Sia gli accertamenti di routine, sia quelli eventualmente richiesti dal medico, sono indispensabili per certificare l'idoneità sportiva agonistica. In caso di **mancata esecuzione degli esami**, dopo 3 mesi la pratica sarà conclusa negativamente (viene espresso un giudizio di NON IDONEITA'), con comunicazione alla Società o Ente di Promozione Sportiva presso cui è iscritto l'atleta.

La pratica di attività ludico-motorie e sportive non agonistiche (anche a particolare ed elevato impegno cardio-vascolare), disciplinate dai DD.MM. Salute 24.04.2013 e 08/08/2014, prevede l'esecuzione di una visita medica generale e, in casi già previsti o su richiesta del medico visitatore, un elettrocardiogramma a riposo, un test ergometrico o altri accertamenti ritenuti indispensabili, per i quali saranno fornite apposite indicazioni in sede.

DICHIARAZIONE E CONSENSO [barrare ciò che NON interessa]

Il/La sottoscritto/a (Cognome e Nome) recapito telefonico
nato/a a il
tipo doc. riconoscimento avente n.
rilasciato da il
genitore di (Cognome e Nome)

1. acconsente a essere sottoposto/a [a far sottoporre il/la proprio/a figlio/a] agli accertamenti sanitari previsti per la pratica di attività sportive agonistiche o non agonistiche, secondo quanto disposto dalle norme e regolamenti in vigore, ovvero a quelli previsti per attività ludico-motoria;
2. dichiara di essere stato/a pienamente informato/a delle finalità di tali accertamenti e dei rischi connessi;
3. dichiara altresì di aver esattamente informato il medico delle condizioni di salute, attuali e pregresse, mie [di mio/a figlio/a];
4. dichiara che personalmente [mio/a figlio/a] non assume sostanze illegali.

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. Lgs. 196/2003 ("PRIVACY"): "Dichiara in ultimo di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati in conformità al D.Lgs 196/2003 e ss.mm.ii. dall'ASL CN1 esclusivamente ai fini del presente procedimento e che potrà reperire ulteriori informazioni sulle modalità di utilizzo degli stessi sul sito internet aziendale nonché presentando richiesta all'Ufficio Relazioni con il Pubblico".

data _____ firma per esteso _____
(per i minorenni almeno un genitore)

N.B.: obbligatorio presentarsi a visita medica con documento di identità di chi pratica attività sportiva/motoria, pena la impossibilità a effettuare qualsiasi accertamento.

INFORMAZIONI

A COSA SERVE IL MODULO

Il presente questionario-consenso è indispensabile per raccogliere notizie sulla salute di chi pratica (o intende praticare) attività sportiva/motoria, poter fornire eventuali consigli in relazione all'attività/sport praticati ed esprimere il consenso all'effettuazione degli accertamenti sanitari.

CHI DEVE COMPILARE IL MODULO

Il/La diretto/a interessato/a qualora maggiorenne; almeno un genitore in caso di minori.

MODALITÀ DI CONSEGNA DEL MODULO ALL'ASL

Il modulo deve essere compilato in ogni sua parte, debitamente firmato e consegnato personalmente in occasione della visita medica.

In mancanza dell'indicazione degli estremi del documento di identità di chi sottoscrive il presente modulo e/o in mancanza del consenso firmato, non potrà essere effettuato alcun accertamento.

RIFERIMENTI

Ufficio: SSD Medicina Sportiva – Piazza Castello, 31 – FOSSANO

apertura al pubblico della Segreteria: giorni feriali dal lunedì al venerdì dalle ore 08.30 alle ore 12.00;

Tel.: 0172 – 699241 / 699336 nei giorni e nelle ore su indicate.

FAX: 0172 – 1795471

E-mail: medicinasportiva@aslcn1.it