



CENTRO FISIOTERAPICO - MEDICINA SPORTIVA
POLIAMBULATORIO MEDICO

Centro Fisioterapico
Poliambulatorio Medico
Centro di Medicina dello Sport

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

NOME E COGNOME: _____

Sport per cui è richiesta la visita: _____

1. In famiglia (genitori, fratelli, nonni) ci sono stati casi di:

- ☐ Ipertensione arteriosa ☐ Diabete
☐ **Malattie cardiovascolari** ☐ **Morte improvvisa prima dei 45 anni**

Specificare: _____

2. Ha allergie?

☐ NO ☐ SÌ ➤ Quali? _____

3. Soffre di asma?

☐ NO ☐ SÌ

4. Soffre o ha sofferto di qualche malattia cronica significativa?

(es. *ipertensione, diabete, malattie cardiache, ipotiroidismo*):

☐ NO ☐ SÌ ➤ Quali? _____

5. Ha mai avuto infortuni significativi o problematiche ortopediche?:

☐ NO ☐ SÌ ➤ Quali?: _____

6. Deve assumere regolarmente farmaci?:

☐ NO ☐ SÌ ➤ Quali?: _____

7. Ha mai avuto disturbi durante l'attività sportiva?

(es. *dolore toracico, palpitazioni, respiro difficoltoso, capogiri, svenimenti*)

☐ NO ☐ SÌ ➤ Quali: _____

8. Ha mai effettuato esami strumentali cardiologici, oltre a quelli eseguiti per la visita sportiva

(es. *ecocardiogramma, Holter ECG, test da sforzo, coronarografia*)?

☐ NO ☐ SÌ ➤ Quali esami? _____

9. È mai stato fermato durante una precedente visita o è mai stato dichiarato non idoneo all'attività sportiva?

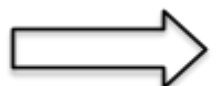
☐ NO ☐ SÌ ➤ Perché? _____

Io sottoscritto dichiaro di aver informato esattamente il medico delle mie attuali condizioni psico-fisiche e delle malattie precedenti ed attuali

Data: _____

Firma del dichiarante (o tutore se minore)

PROSEGUE



CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DEL TEST DA SFORZO PER IL CONSEGUIMENTO DEL CERTIFICATO DI IDONEITÀ ALLA PRATICA SPORTIVA (AGONISTICA O NON AGONISTICA)

Da compilare solo in caso il paziente effettui la visita con esame da sforzo

Il test da sforzo è effettuato per acquisire informazioni elettrocardiografiche necessarie ad esprimere il giudizio di idoneità all'attività sportiva o per procedere alla richiesta di ulteriori accertamenti. Durante il test viene provocato normalmente un aumento anche importante del numero dei battiti cardiaci ed un aumento della pressione arteriosa; pertanto il test può esporre l'interessato, se affetto da patologie cardiorespiratorie, a gravi complicanze. Il test viene interrotto a giudizio del Medico o a richiesta esplicita del paziente. È estremamente importante che il paziente comunichi ogni eventuale sintomo.

Data: _____

Firma del dichiarante (o tutore se minore)

INFORMATIVA AI SENSI DEL GDPR 679/219 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 delle nostre prestazioni mediche a suo favore;
 - ☐ Quelli sanitari necessari per la valutazione di cui ai Decreti Ministeriali 18.02.1982 e 04.03.1993;
 - ☐ Quelli spontaneamente da Lei forniti.
2. I dati vengono da noi raccolti con l'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
4. I dati verranno comunicati:
 - ☐ Senza diagnosi clinica alla Società Sportiva e alla Federazione o all'Ente di Promozione Sportiva di riferimento;
 - ☐ In chiaro, all'ASL competente per territorio;
 - ☐ In forma anonima, all'U.O. Prevenzione della Direzione Generale Sanità per gli adempimenti di cui alle normative sopra citate.
5. Richiamiamo integralmente i Suoi diritti in ordine al trattamento dei dati personali.
6. Le segnaliamo che il Titolare del trattamento ad ogni effetto di legge è Salus Vercelli S.r.l. Quale titolare del Centro di Medicina dello sport e che il responsabile del trattamento è la Dott.Ssa Claudia Fin, direttore sanitario del Centro.
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 del GDPR 679/2016

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 in 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.

Data: _____

Firma leggibile dell'interessato/a o del tutore se minore:
