

26900 LODI

Via Emilia S.S. 9 km. 298.500 26900 LODI

Tel. 0371 432348 – Fax 0371 432348

E. mail: medicalsportlodi@gmail.com

Partita IVA 088633901

Idoneo ai sensi del D.G.R. n. 513 del 29.04.

Al momento della visita medico sportiva l'atleta deve presentarsi con:

- 1) Documento d'identità personale
- 2) Richiesta della visita medico sportiva timbrata e firmata
- 3) Tessera sanitaria
- 4) Foglio della precedente visita agonistica (giallo) se si tratta di un rinnovo.
- 5) Eventuale documentazione medica in possesso dell'atleta (**IN PARTICOLARE RELATIVA AD ACCERTAMENTI CARDIOLOGICI**) riguardante problemi di salute o malattia, precedenti e/o in corso, ed eventuali danni riportati.
- 6) E' consigliabile che l'atleta indossi una tenuta comoda .

N.B. SI PREGA DI COMPILARE IN OGNI PARTE E CON LA MASSIMA ATTENZIONE PERCHE' TALE DOCUMENTO HA VALIDITA' MEDICO LEGALE. Gli atleti minorenni non accompagnati sprovvisti del modulo compilato e firmato in ogni parte da un genitore o dal tutore non potranno effettuare la visita agonistica.

Scheda di raccolta anamnestica

PER TUTTI AGONISTI E NON ANAMNESI FAMILIARE DELL'ATLETA

Ha un parente prossimo che ha avuto una morte improvvisa o inspiegabile prima dei 50 anni di età?

SI **NO**

Chi.....

Ha un parente prossimo affetto da malattie cardiovascolari gravi o ereditarie?

SI **NO**

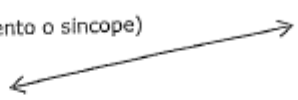
Chi.....

ANAMNESI PERSONALE DELL'ATLETA

COGNOME E NOME.....

Ha mai avuto perdita di sensi o malore (svenimento o sincope) SI NO

Durante esercizio-sforzo fisico
Dopo esercizio - sforzo fisico
Non correlato all'esercizio-sforzo



Le è mai stato diagnosticato un problema cardiaco, un soffio al cuore, un' aritmia cardiaca, colesterolo alto, infezioni cardiache SI NO

Quale.....

Ha mai sofferto d'asma, crisi convulsive, epilessia SI NO

Quali.....

Ha mai sofferto di malattie che potrebbero impedire lo svolgimento dell'attività sportiva diabete, malattie ortopediche, malattie neurologiche, ipertensione SI NO

Quali.....

Ha qualche allergia ad alimenti farmaci, punture d'insetto pollini polveri SI NO

Attualmente sta facendo uso di farmaci su prescrizione medica o da banco (senza ricetta) o inalatori SI NO

Per quale patologia.....

Ha mai avuto ricoveri ospedalieri e/o interventi chirurgici o infortuni gravi SI NO

Per quale patologia.....o quale infortunio

Negli ultimi 2anni ha preso farmaci in maniera costante SI NO

Quali.....

VISTA :porta occhiali o lenti a contatto SI NO

UDITO: ha problemi di udito SI NO

FUMA SI NO

Sigarette al giorno N°.....

PER LE DONNE

Data ultima mestruazione.....

DICHIARAZIONE

Io sottoscritto dichiaro di aver informato esattamente il medico delle mie attuali condizioni psico-fisiche e delle affezioni precedenti e di non essere mai stato dichiarato non idoneo, di avere in corso sospensioni o di essere in attesa di giudizio da parte di altro centro. Inoltre mi impegno a non fare uso di droghe riconosciute illegali e do atto di essere informato sui pericoli derivanti dall'uso di fumo di tabacco, di sostanze dopanti e dell'abuso di alcool. Dichiaro altresì di essere consenziente ad eventuali controlli antidoping disposti dalla legislazione vigente.

Firma del dichiarante (o del tutore se minorenni)

CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DI TEST DA SFORZO (STEP-TEST O CICLOERGOMETRO) PER IL CONSEGUIMENTO DEL CERTIFICATO DI IDONEITA'

Il test da sforzo, può essere effettuato mediante step - test o mediante cicloergometro (**Protocollo dello STEP TEST** :si tratta di salire e scendere da un gradino al ritmo di 24 cicli completi al minuto. La durata del test è di 3 minuti) è effettuato per acquisire informazioni elettrocardiografiche necessarie per esprimere il giudizio di idoneità all'attività sportiva agonistica /non agonistica 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 cardio-respiratorie, a complicanze anche gravi. Il test può essere non effettuato o interrotto a giudizio del medico o a richiesta esplicita del Paziente. E' molto importante che l'interessato comunichi ogni eventuale sintomo al medico.

PROTOCOLLO ATLETI MASTER

Il test da sforzo eseguito presso di noi per gli atleti master, 40 anni uomini e dai 50 donne, (a seconda della disciplina praticata) è un test di rampa eseguito al cicloergometro con monitoraggio continuo del tracciato elettrocardiografico a 12 derivazioni fin dall'inizio della prova e misurazione della pressione arteriosa a riposo e dopo sforzo. Il test si effettua mentre l'atleta pedala su una cyclette mantenendo la frequenza intorno alle 60/70 pedalate al minuto; il carico di lavoro viene incrementato ad intervalli di tempo prestabiliti dal medico sulla base delle caratteristiche clinico fisiche dell'atleta, solitamente 1' o 2' fino al raggiungimento dell' 85% della massima frequenza cardiaca teorica o all'esaurimento muscolare.

Il test può essere non effettuato o interrotto a giudizio del medico o a richiesta esplicita del Paziente. E' molto importante che l'interessato comunichi ogni eventuale sintomo al medico.

Il/la sottoscritto/a..... (specificare se atleta, genitore)

Dichiara

di aver letto e compreso quanto sopra esposto, che le informazioni rilasciate al medico in data odierna corrispondono a verità e che non è stata omessa alcuna informazione sullo stato di salute.

ACCETTA PERTANTO DI SOTTOPORSI A TEST DA SFORZO

N.B. IL TEST DA SFORZO (STEP TEST) E' PREVISTO NEL PROTOCOLLO DI TUTTE LE IDONEITA' AGONISTICHE DI TIPO B PERTANTO SENZA IL CONSENSO DELL'INTERESSATO NON SARA' POSSIBILE EFFETTUARE LA VISITA

Firma del genitore o dell'atleta _____

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 E 14 DEL REGOLAMENTO UE 2016/679

1. In qualità di Titolare del trattamento dei Suoi dati personali Le forniamo, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (in seguito GDPR), le seguenti informazioni relative al trattamento dei Suoi dati personali comuni e particolari, ossia ai sensi della presente informativa:
- Quelli sanitari e personali che avremo occasione di rilevare nell'espletamento delle nostre prestazioni mediche a suo favore successiva fatturazione di beni e servizi.
 - 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 Suoi dati vengono da noi raccolti con l'esclusiva finalità di effettuare quanto previsto dai decreti sopra richiamati e della Legge Regionale 66/1981. Tali normative costituiscono con il consenso prestato in calce al presente modulo ai sensi dell'art. 6.1.a) e 9.2.a) del GDPR.

3. I dati verranno riportati su "Schede di valutazione Medico Sportiva": I Suoi dati saranno trattati secondo i principi: correttezza, liceità, e trasparenza sia in forma cartacea che elettronica. La disponibilità, la gestione, l'accesso, la conservazione e la fruibilità dei dati è garantita dall'adozione di misure tecniche e organizzative per assicurare idonei livelli di sicurezza ai sensi degli art. 25 e 32 del GDPR.

4. I dati verranno comunicati:

- Senza diagnosi clinica alla Società Sportiva e alla Federazione o Ente di Promozione Sportiva di riferimento;
- In chiaro, alla ATS competente per territorio;

In forma anonima, alla U.O. Prevenzione della Direzione Generale Sanità per gli adempimenti di cui alle normative sopra citate.

I dati non saranno oggetto di diffusione

5. I dati saranno conservati solo per il tempo necessario ai fini per cui sono raccolti, rispettando il principio di minimizzazione di cui all'art. 5, comma 1 lettera c) del GDPR. Le schede di valutazione saranno conservate per un tempo non superiore ai 5 anni (agonistiche) e 12 mesi (non agonistiche).

6. Lei ha diritto di accedere in qualunque momento ai Suoi dati, ai sensi degli art. 15-22 GDPR. In particolare, potrà chiedere la rettifica, la cancellazione, la limitazione del trattamento dei dati stessi nei casi previsti dall'art. 18 del GDPR, di ottenere la portabilità dei dati nei casi previsti dall'art. 20 del GDPR, nonché proporre reclamo all'autorità di controllo competente. Lei può formulare una richiesta di opposizione al trattamento dei Suoi dati ex art. 21 del GDPR nella quale dare evidenza delle ragioni che giustificano l'opposizione. Le richieste andranno rivolte al Titolare ai recapiti sotto indicati.

8. Le segnaliamo che il Titolare del trattamento ad ogni effetto di legge è il Centro di Medicina dello Sport, Medical Sport Center s.a.s Via Emilia SS9 Km 298.500 26900 Lodi email: medicalsportlodi@gmail.com, in persona del suo Legale Rappresentante Sig. ra Meazza Carla Eletta e che il Responsabile del trattamento è il DR. P.G. Marinone 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 dell'art. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679

N.B. Per i maggiorenni compilare con i propri dati

Se minore compilare con i dati del genitore

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 a terzi ai sensi del precedente punto 4.

Nome e Cognome _____ nato a _____

il.....C.f.....

Firma del maggiorenne o del tutore del minore

.....