



VISITA DI IDONEITÀ ALLA PRATICA SPORTIVA AGONISTICA

DATI ANAGRAFICI

Cognome e nome: _____ Data di nascita: _____

Luogo di nascita: _____ Codice Fiscale: _____

Indirizzo: _____

CAP: _____ Località: _____ Prov. _____

Tel. fisso e cellulare: _____

Specificare il tipo di sport: _____

Società sportiva di appartenenza: _____

PRATICA SPORTIVA

Accusa o accusava disturbi durante l'attività sportiva? Se sì, quali?

Quanto si allena? (ore/settimana)

Pratica altri sport (quali/quanto)?

ANAMNESI FAMILIARE

Nella sua famiglia (genitori, fratelli, nonni) ci sono casi di malattie di cuore prima dei 50 anni di età?

Infarto sì no morte improvvisa sì no altro sì no

ANAMNESI FISIOLOGICA

Ha avuto ricoveri in Ospedale o in casa di cura, interventi chirurgici, traumi importanti o incidenti? (cosa/quando?)

Ha o ha avuto malattie o disturbi dei seguenti organi o sistemi funzionali? (cosa/quando?)
(Barrare la casella che interessa; se risponde con "Sì, attualmente" o "IN PASSATO", indicare la patologia)

Capo, sistema nervoso

Traumi cranici, incl. commozione cerebrale, vertigini, disturbi dell'equilibrio, emicrania, cefalea recidivante, perdite di coscienza, crisi convulsive, altre malattie?

Sì, attualmente

NO

IN PASSATO

Psiche

Stati d'ansia, claustrofobia, attacchi di panico, depressioni o fasi depressive, altre?

Sì, attualmente

NO

IN PASSATO

Occhi

DISTURBI VISIVI:

NO

porta:

OCCHIALI

porta:

LENTI CONTATTO



EUROPA CENTER

FISIOTERAPIA, MEDICINA E SPORT
PHYSIOTHERAPIE, MEDIZIN UND SPORT

Viale Druso 281/B – 39100 Bolzano (BZ) – Tel. 0471 500682 – info@europacenter.it – www.europacenter.it

Naso, seni paranasali Febbre da fieno, epistassi frequente, sinusiti, altro?		
<input type="text" value="SI, attualmente"/>	<input type="text" value="NO"/>	<input type="text" value="IN PASSATO"/>
Orecchie Otitis, perforazione del timpano, ronzii, vertigini, ipoacusia		
<input type="text" value="SI, attualmente"/>	<input type="text" value="NO"/>	<input type="text" value="IN PASSATO"/>
Apparato respiratorio Tubercolosi, polmonite, asma, bronchite cronica, dispnea dopo sforzi lievi o da aria fredda, altre?		
<input type="text" value="SI, attualmente"/>	<input type="text" value="NO"/>	<input type="text" value="IN PASSATO"/>
Sistema cardiocircolatorio Anomalie cardiache congenite, miocardite, angina pectoris, dolori toracici, aritmie, ipertensione arteriosa, flebiti, arteriopatie periferiche, altro?		
<input type="text" value="SI, attualmente"/>	<input type="text" value="NO"/>	<input type="text" value="IN PASSATO"/>
Apparato digerente Dispepsia, reflusso e bruciore gastrico, ulcera gastrica, ulcera duodenale, coliche, ernie inguinali, altro?		
<input type="text" value="SI, attualmente"/>	<input type="text" value="NO"/>	<input type="text" value="IN PASSATO"/>
Apparato uro-genitale Nefriti, pieliti, cistiti, calcoli renali, altro?		
<input type="text" value="SI, attualmente"/>	<input type="text" value="NO"/>	<input type="text" value="IN PASSATO"/>
Cute, apparato locomotorio Reumatismo articolare, lombalgia, sciatalgia, ernie del disco, lussazioni, fratture, altro?		
<input type="text" value="SI, attualmente"/>	<input type="text" value="NO"/>	<input type="text" value="IN PASSATO"/>
Metabolismo Ipo- o ipertiroidismo, gotta, diabete mellito, ipercolesterolemia, altre dislipidemie, anemie, altro?		
<input type="text" value="SI, attualmente"/>	<input type="text" value="NO"/>	<input type="text" value="IN PASSATO"/>
Per FEMMINE:		
attualmente in gravidanza?	Anomalie del ciclo mestruale?	Mestruazioni in atto?
<input type="text" value="SI"/>	<input type="text" value="SI"/>	<input type="text" value="SI"/>
<input type="text" value="NO"/>	<input type="text" value="NO"/>	<input type="text" value="NO"/>
Ha avuto malattie febbrili negli ultimi mesi? (cosa/quando)		
Ha o ha avuto altre malattie non specificamente elencate in questo questionario? (cosa/quando)		

Quanto alcool consuma? (cosa/quanto): _____

Fuma? (cosa/quanto): _____

Attualmente assume farmaci? (quali/quanto): _____

In passato è già stato dichiarato una volta NON IDONEO all'attività agonistica?

per esami supplementari/approfondimenti nell'anno _____ per motivi _____



EUROPA CENTER

FISIOTERAPIA, MEDICINA E SPORT
PHYSIOTHERAPIE, MEDIZIN UND SPORT

Viale Druso 281/B – 39100 Bolzano (BZ) – Tel. 0471 500682 – info@europacenter.it – www.europacenter.it

CONSENSO E DICHIARAZIONE

Con la mia firma:

- dichiaro sotto la mia personale responsabilità e pena l'annullamento del certificato di idoneità, che le notizie fornite nel questionario riguardo le mie (del figlio) condizioni psico-fisiche e le affezioni precedenti sono complete e veritiere;
- 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 dall'abuso di alcool. Dichiaro altresì di essere consenziente ad eventuali controlli antidoping disposti dalla legislazione vigente;
- dichiaro di acconsentire alla visita stessa (del figlio in caso di firma per minorenni) e ai relativi accertamenti secondo quanto previsto dal D.M. 18/2/82 nonché alle indagini non invasive che si riterranno necessarie.

Leggendo quanto segue dichiaro inoltre di aver preso visione della procedura per l'acquisizione della certificazione richiesta:

- Raccolta campione urine
- Rilevamento misure antropometriche (altezza e peso)
- Assistenza di un genitore per i minori di età (se necessario)
- Raccolta anamnesi personale (propria storia sanitaria)
- Visita clinica del medico dello sport
- Esecuzione ECG di base
- Esame spirometrico
- Valutazione dell'acuità visiva
- Eventuali accertamenti integrativi (se previsti dal protocollo specifico)
- ECG da sforzo: Step Test per le visite in cui è richiesto dal protocollo o Test su cicloergometro a FC MAX in atleti master richiedenti secondo COCIS 2009 e per atleti con più di 45 anni.

Nel corso di tale prestazione potrebbero insorgere dolori al petto, difficoltà nella respirazione, palpitazioni, sincope. Tale prestazione avverrà sotto la stretta sorveglianza di personale medico.

Data: _____

Firma: _____

INFORMATIVA EX ART. 13 REG.EUR. 679/2016 PER IL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI E SENSIBILI

1. Per i dati sensibili 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 18/02/82 e 4/03/93;
 - per dati personali si intendono quelli anagrafici e di residenza forniti a fini contabili.
2. I dati vengono raccolti con l'esclusiva finalità di effettuare quanto previsto dai decreti sopra richiamati e dalla L.P. 1/92.
3. I dati verranno riportati sulle cartelle cliniche da noi mantenute e protette con modalità idonee prevista dal Reg.Eur. 679/2016.
4. I dati personali e l'esito della visita verranno comunicati senza diagnosi clinica all'Azienda Sanitaria di Bolzano e alla ripartizione Sanità dell'Assessorato alla Salute della Provincia Autonoma di Bolzano
5. Richiamiamo integralmente, ai sensi dell'art. 15 del Regolamento Europeo 679/2016, i Suoi diritti in ordine al trattamento dei dati.
6. Le segnaliamo che il Titolare e anche il Responsabile del trattamento dei dati personali è il Dr. Endrizzi Mario.
7. Nel caso in cui tale consenso non venga esercitato non sarà possibile redigere il certificato di cui ai decreti sopra richiamati.

Apponendo la firma in calce, manifesto il mio consenso al trattamento dei dati, nell'ambito delle finalità e modalità di cui sopra, e nei limiti di cui il mio consenso fosse richiesto ai sensi di legge.

Data: _____

Firma: _____