

# IL PUNTO MEDICO SPORTIVO S.R.L

Tel. 035-302799 Cell. 347/26.82.232 Fax 035-4236166

info@ilpuntomedicosportivo.it

## -FOGLIO ANAMNESTICO-

**SOLO PER MINORENNI OBBLIGATORIA LA COMPILAZIONE**

COGNOME E NOME DI CHI COMPILA (grado di parentela) \_\_\_\_\_  
COGNOME E NOME atleta \_\_\_\_\_  
DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_ LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_  
VIA/PIAZZA \_\_\_\_\_ N°CIVICO \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ PAESE e PROVINCIA \_\_\_\_\_  
N° DI TELEFONO E CELL. \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_  
TESS. SANITARIA(codice assistito) \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

### PORRE ATTENZIONE ALLE DOMANDE

#### ANAMNESI FAMILIARE:

Indicare i casi di familiari (genitori , fratelli , sorelle) che sono stati, sono affetti dalle seguenti malattie o deceduti a causa delle stesse:

	Diabete	Ipertensione	Malattie cuore	Morte improvvisa sotto i 40 anni
Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fratelli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### ANAMNESI PERSONALE: (barrare risposta corretta , **esempio: se fumi sigarette barri il SI**)

- Beve caffè? SI NO con che frequenza? \_\_\_\_\_
- Fuma sigarette ? SI NO quante nella giornata? \_\_\_\_\_
- Assume farmaci ? SI NO quali e per quale motivo? \_\_\_\_\_
- E' in cura per problemi ortopedici? \_\_\_\_\_ SI NO  
Quali? \_\_\_\_\_
- Ha mai avuto perdite di coscienza, svenimenti? \_\_\_\_\_ SI NO
- Porta occhiali da vista? SI NO Lenti a contatto? \_\_\_\_\_ SI NO
- Ha sofferto / soffre di malattie importanti  
(es. broncopolmonite , epatite , meningite , asma , epilessia , altro ....) ? SI NO  
Quali e quando? \_\_\_\_\_
- Ha subito fratture , traumi cranici o interventi chirurgici ? \_\_\_\_\_ SI NO  
Quali e quando? \_\_\_\_\_
- Ha mai eseguito esami come quelli sotto indicati? NEGLI ULTIMI 5 ANNI (specificare l'anno)  
 Elettrocardiogramma e/o cubo \_\_\_\_\_  Ecografia del cuore \_\_\_\_\_  
 Test da sforzo sulla bicicletta \_\_\_\_\_  Holter pressorio \_\_\_\_\_  Holter cardiaco \_\_\_\_\_
- Sono stati riscontrati soffi cardiaci o altri segni clinici cardiologici ? \_\_\_\_\_ SI NO  
Quali e quando? \_\_\_\_\_
- Ha eseguito esami ematici (del sangue) negli ultimi dodici mesi? \_\_\_\_\_ SI NO
- In che anno ha eseguito l'ultima visita medico sportiva? \_\_\_\_\_
- E' sempre stato idoneo alla pratica sportiva ? \_\_\_\_\_ SI NO
- Solo per le donne : A quanti anni ha avuto le prime mestruazioni ? \_\_\_\_\_  
E quando le ultime ? \_\_\_\_\_

Dichiaro di avere informato correttamente il medico delle condizioni psico-fisiche attuali di mio figlio/a e delle affezioni precedenti e dichiaro inoltre che non è mai stato/a ritenuto/a non idoneo/a in precedenti visite medico-sportive .

Informato dal medico sui diritti e sui limiti di cui alla Legge 196/2003 concernente la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei suoi dati personali esprimo il mio consenso e autorizzo il trattamento dei dati personali e familiari relativi di cui sopra , esclusivamente a fini di diagnosi , cura e prevenzione. Tale consenso e' esteso, limitatamente alle specifiche competenze professionali , ai medici del Punto Medico Sportivo nonché al personale Sanitario e amministrativo della cui collaborazione il medico si avvale. La visita Medico Sportiva oltre che a definire che la persona non ha problemi di salute serve per determinare le capacità del soggetto di applicarsi ad un determinato sport (caratteristiche psicoattitudinali) Per determinare quest'ultima è necessario che l'atleta esegua la visita senza accompagnatore. Il Medico è a disposizione dopo la visita per definire eventuali problematiche che sono intervenute.

SI RAMMENTA INOLTRE COME BEN SPECIFICATO NEGLI AVVISI ESPOSTI ALL'INTERNO DELLA STRUTTURA, CHE IL PUNTO MEDICO SPORTIVO NON RISPONDE DEGLI OGGETTI LASCIATI INCUSTODITI.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**DA FAR COMPILARE AI GENITORI SE IL MINORENNE VIENE NON ACCOMPAGNATO  
INFORMATIVA AI SENSI DELL'EX ART.13 D.LGS. 196/03  
PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

1. La raccolta dei dati personali autorizzata con la sottoscrizione del presente modulo, riguarda in modo specifico:

a. la compilazione da parte del Medico e dell'Infermiere professionale della cartella clinica.

2. 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 alla valutazione di cui ai Decreti Ministeriali 18.02.1982 e 04.03.1993;

quelli spontaneamente da Lei forniti.

3. I dati vengono da noi raccolti con esclusiva finalità di effettuare quanto previsto dai decreti sopra richiamati e della Legge Regionale 66/1981.

4. I dati verranno riportati sulle "Schede di Valutazione Medico sportiva" che verranno da noi mantenuti e protetti con modalità idonee (secondo le modalità previste dagli art. 31 e seguenti del D.L.gs. 196/03).

5. I dati verranno comunicati:

- senza diagnosi clinica alla Società Sportiva e alla Federazione o Ente di Promozione Sportiva di riferimento;
- in chiaro, alla ASL competente per territorio;
- in forma anonima, alla U.O. Prevenzione della Direzione Generale Sanità per gli adempimenti di cui alle normative sopra citate.

6. Richiamiamo integralmente, ai sensi dell'art.7 del D.L.gs., i Suoi diritti in ordine al trattamento dei dati personali.

7. Le segnaliamo che il Titolare del trattamento ad ogni effetto di legge è il Centro di Medicina dello Sport il Punto Medico Sportivo s.r.l. in persona del Direttore Sanitario (o Legale Rappresentante) e che il Responsabile del trattamento è il Sig. Sergio Gusmano, Responsabile del Centro.

8. 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.23 D.L.gs. 196/03**

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 2;
- La comunicazione dei dati ai terzi ai sensi del precedente punto 5.

Nome e Cognome **del minore** \_\_\_\_\_

Cod.fisc. \_\_\_\_\_ Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Nome e Cognome del Genitore o Tutore esercente la potestà sul minore \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**Firma leggibile del genitore** \_\_\_\_\_

**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 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 dall'abuso di alcool. Dichiaro altresì di essere consenziente ad eventuali controlli antidoping disposti dalla legislazione vigente.

**Firme leggibile del genitore** \_\_\_\_\_