

SCHEDA QUESTIONARIO ANAMNESTICO

COGNOME _____ NOME _____ NATO IL _____
 RESIDENZA _____ VIA _____ N. _____

DOMANDE RIFERITE AI FAMILIARI (GENITORI, FRATELLI, NONNI)

Diabete SI ☐ NO ☐ CHI? _____
 Asma SI ☐ NO ☐ CHI? _____
 Ipertensione Arteriosa SI ☐ NO ☐ CHI? _____
 Cardiopatia Ischemica o Infarto SI ☐ NO ☐ CHI? _____
 Morte Improvvisa SI ☐ NO ☐ CHI? _____ A che Età? _____ Causa? _____
 Altro _____

DOMANDE RIFERITE ALL'ATLETA CHE EFFETTUA LA VISITA

LAVORO PRATICATO _____
 SIGARETTE FUMATE AL GIORNO Nessuna ☐ 5/10 ☐ Più di 10 ☐ Da quanti anni? _____
 Ex ☐ Per quanti anni? _____ Da quanto hai smesso (ANNI)? _____
 ALCOLICI O SUPERALCOLICI ASSUNTI SI ☐ NO ☐ Se SI quanto di media al giorno (bicchieri) _____
 ASSUNZIONE ABITUALE DI FARMACI SI ☐ NO ☐
 Se SI Quali e Perché? _____

MALATTIE DI CUI SOFFRI/HAI SOFFERTO:

Diabete SI ☐ NO ☐ Usi INSULINA? SI ☐ NO ☐
 Malattie e/o Aritmie Cardiache ☐ Se SI QUALI? _____
 Ipertensione Arteriosa ☐
 Epilessia ☐
 Altre Malattie Neurologiche ☐ Se SI QUALI? _____
 Allergie ☐ Se SI QUALI? _____
 Asma ☐
 Altre Malattie Respiratorie ☐ Se SI QUALI? _____

ALTRE PATOLOGIE DA SEGNALARE? SI ☐ NO ☐ Se SI QUALI e QUANDO? _____
INTERVENTI CHIRURGICI SUBITI? SI ☐ NO ☐ Se SI QUALI e QUANDO? _____
FRATTURE SUBITE? SI ☐ NO ☐ Se SI QUALI e QUANDO? _____
INFORTUNI RILEVANTI SUBITI SI ☐ NO ☐ Se SI QUALI e QUANDO? _____

Lesione Muscolare ☐ Dettagli _____ QUANDO (ANNO)? _____
 Lesione Tendine ☐ Dettagli _____ QUANDO (ANNO)? _____
 Lesione Legamento ☐ Dettagli _____ QUANDO (ANNO)? _____
 Lesione Articolazione ☐ Dettagli _____ QUANDO (ANNO)? _____
 Altro ☐ Dettagli _____ QUANDO (ANNO)? _____

TRAUMI CRANICI SUBITI? SI ☐ NO ☐ Se SI QUANDO (ANNO)? _____
 Con SVENIMENTO? SI ☐ NO ☐ Con RICOVERO? SI ☐ NO ☐

ESAMI ESEGUITI? _____

ASSENZA O ALTERATA FUNZIONE DI QUALCHE ORGANO INTERNO? SI ☐ NO ☐

Se SI QUALE? _____
 MOTIVI? _____

DURANTE O AL TERMINE DELLA PRATICA DELLO SPORT HAI MAI ACCUSATO MALESSERI IMPROVVISI?

DOLORI AL TORACE SI ☐ NO ☐ QUANDO? _____ FREQUENZA? _____ Descrizione _____
 SVENIMENTI SI ☐ NO ☐ QUANDO? _____ FREQUENZA? _____ Descrizione _____
 DISTURBI DEL RITMO CARDIACO SI ☐ NO ☐ QUANDO? _____ FREQUENZA? _____ Descrizione _____

NOTIZIE RELATIVE ALLE PRECEDENTI VISITE PER L'IDONEITA' SPORTIVA

PRECEDENTE VIVITA DI IDONEITA' SI ☐ NO ☐
 AGONISTICA ☐ NON AGONISTICA ☐
SI E' MAI VERIFICATO UN GIUDIZION DI INIDONEITA'? SI ☐ NO ☐ **SOSPENSIONE?** SI ☐ NO ☐

Se SI MOTIVI? _____

SONO MAI STATI RICHIESTI ESAMI INTEGRATIVI (Ecocardiogramma, Holter, Test da Sforzo, ecc)? SI ☐ NO ☐

Se SI MOTIVI? _____

MALATTIE														
Varicella	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Morbillo	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Rosolia	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Parotite (Orecchioni)	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Pertosse	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Scarlattina	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Mononucleosi	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Epatite B	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Epatite C	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Altre Malattie	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Se SI Quali? _____									

VACCINAZIONI									
Morbillo/Rosolia/Parotite	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Epatite B	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Papilloma Virus (HPV)	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Tetano	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

NOTIZIE RELATIVE ALLA CAPACITA' VISIVE										
PATOLOGIE O DIFETTI VISIVI?		SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Se SI Quali? _____				
UTILIZZO OCCHIALI/LENTI A CONTATTO?		SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>					
Se SI COSA UTILIZZI DURANTE LO SPORT?					OCCHIALI	<input type="checkbox"/>	LENTI A CONTATTO	<input type="checkbox"/>	NULLA	<input type="checkbox"/>

NOTIZIE RELATIVE ALLA CAPACITA' UDITIVE										
PATOLOGIE O DIFETTI UDITIVI?		SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Se SI Quali? _____				
Se SI UTILIZZI PROTESI AURICOLARI DURANTE LO SPORT?					SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>		

NOTIZIE RELATIVE ALL'APPARATO GENITALE										
DONNE	Data Prima Mestruazione (menarca) _____									
	Data Prima Mestruazione (menarca) _____									
	Ciclo	NON ANCORA INIZIATO <input type="checkbox"/>								
		Regolare	<input type="checkbox"/>	Irregolare	<input type="checkbox"/>					
	Assente	<input type="checkbox"/>	Motivo?	_____						
Uso Farmaci Anticoncezionali?		SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>					
		Se SI QUALI? _____								
UOMO	Problemi agli Organi Genitali?									
	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON SO <input type="checkbox"/>									
	Se SI QUALI? _____									

NOTIZIE RELATIVE AGLI SPORTS PRATICATI									
SPORTS PRATICATI? _____					DA QUANTI ANNI? _____				
N° ALLENAMENTI SETTIMANALI? _____					DURATA MEDIA DI ALLENAMENTO? _____				

NOTIZIE E INFORMAZIONI SUI RISCHI E I DANNI DEL DOPING											
RITIENI DI ESSERE BENE INFORMATO SU RISCHI E DANNI CAUSATI DA DOPING, USO IMPROPRIO DI FARMACI E DEL LORO ABUSO?											
SI		<input type="checkbox"/>	NO		<input type="checkbox"/>	SOLO SUPERFICIALMENTE		<input type="checkbox"/>			
CHI TI HA INFORMATO SU TALI RISCHI E SUGLI EFFETTI CONSEGUENTI SULLA SALUTE?											
Medico della Squadre			<input type="checkbox"/>	Medico di Famiglia			<input type="checkbox"/>	Allenatore			<input type="checkbox"/>
Giornali			<input type="checkbox"/>	Televisione			<input type="checkbox"/>	Internet			<input type="checkbox"/>
Genitori			<input type="checkbox"/>	Nessuno			<input type="checkbox"/>	Altro			_____

RECAPITI PER EVENTUALI COMUNICAZIONI DA PARTE DEL MEDICO									
Tel. Abitazione _____					Tel Cellulare _____				
Tel. Cellulare del Genitore (per minori) _____					Nome Genitore _____				
Tel. Cellulare del Genitore (per minori) _____					Nome Genitore _____				
e-mail _____					e-mail _____				

DICHIARAZIONE Io sottoscritto dichiaro di aver informato correttamente il medico delle mie attuali condizioni psicofisiche, delle affezioni precedenti e di non essere MAI stato dichiarato NON IDONEO in precedenti visite sportive di legge o essere in attesa di giudizio idoneativo da parte di altro medico. Inoltre mi impegno a NON fare uso di droghe riconosciute illegali e dall'USO IMPROPRIO di farmaci. Do' atto di essere informato dei PERICOLI DERIVANTI dal fumo di tabacco, di sostanze dopanti e dall'abuso di alcool, La dichiarazione va sottoscritta dal visitato o, nel caso di minorenne, da almeno un genitore.

Sottoscrizione dopo PRESA VISIONE DI QUANTO DICHIARATO e COLLOQUII CHIARIFICATORE CON IL MEDICO.

DATA _____

Firma del Medico _____

Firma dell'Atleta o del Tutore (se minore) _____

ATTO DI CONSENSO INFORMATO
VISITA MEDICA
CON STEP-TEST E/O TEST ERGOMETRICO AL CICLOERGOMETRO

ATLETA (COGNOME E NOME): _____

NATO A _____ IL _____

Il sottoscritto chiede di essere sottoposto a visita medica comprensiva di esame strumentale per valutazione cardiaca mediante step-test e/o test ergometrico al cicloergometro, in base alla normativa vigente ed alle necessità idoneative. Dichiara di essere a conoscenza che tali test contengono intrinsecamente un margine di rischio per ischemie coronariche e/o aritmie ipercinetiche. Tali test, in caso di rischio anche minimo, verranno immediatamente sospesi dall'equipe medica come pure potranno essere sospesi in ogni momento su richiesta del soggetto visitato, considerandoli eseguiti ai soli fini amministrativi.

Dichiara altresì di aver correttamente informato l'equipe visitante delle condizioni di salute, delle malattie pregresse e dei farmaci assunti, nonché dichiara di non aver posto in essere comportamenti tali da rendere pericoloso tale esame quali ad esempio l'assunzione di sostanze attive in grado di falsare la normale risposta fisiologica allo stress.

Il sottoscritto dichiara di accettare il consenso informato (in questo caso sarà possibile procedere all'esame per il rilascio dell'idoneità). ☐

Il sottoscritto dichiara di NON accettare il consenso informato (in questo caso non sarà possibile procedere all'esame per il rilascio dell'idoneità). ☐

DATA _____

Firma dell'Atleta o del Tutore (se minore)

INFORMATIVA ex art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 (in seguito "GDPR")

Gentile Signore/a,

ai sensi dell'articolo 13 del GDPR, La informiamo che Sports Medical srl Medicina dello Sport (di seguito "Sports Medical") in qualità di Titolare del trattamento ed il Medico certificatore, in qualità di Responsabile del trattamento, tratteranno - per le finalità e le modalità di seguito riportate - i dati personali da Lei forniti o trasmessi dalla società sportiva di appartenenza, ovvero acquisiti durante le eventuali visite, analisi, diagnosi, e/o terapie.

In particolare verranno i seguenti dati personali:

- dati anagrafici ed identificativi (nome e cognome, data e luogo di nascita, residenza, recapiti telefonici e fax, mail, codice fiscale e/o PIVA, tesseramento, società d'appartenenza);
- dati sanitari richiesti per l'accertamento delle idoneità medico sportive agonistiche e non, previste dai Decreti Ministeriali 18.02.1982, 04.03.1993, 24.04.2013, dalla Legge n. 125 del 30.10.2013, dal D.M. 08.08.2014 e dalla ulteriore normativa, nazionale e regionale, vigente e successivamente intervenuta, nonché più in generale quelli acquisiti nell'espletamento delle prestazioni mediche effettuate in Suo favore;
- campioni biologici;
- altri dati sanitari da Lei spontaneamente forniti relativi al Suo stato di salute;
- dati sanitari contenuti nel foglio di anamnesi che Le viene somministrato.

1. Base giuridica e finalità del trattamento

1.1. I trattamenti finalizzati a:

- effettuare le valutazioni medico sportive prescritte dalla normativa sanitaria, nazionale e regionale, vigente, ivi comprese le visite specialistiche che si dovessero rendere necessarie, per il rilascio delle prescritte idoneità;
- gestire i profili contrattuali, contabili, amministrativi e sanitari della prestazione erogata (rientrano in tali finalità l'utilizzo di utenze fisse e mobili o indirizzi email da Lei comunicati, per ricordarle
- (tramite telefonate o SMS o e-mail) date e scadenze di visite sanitarie); gestire il fascicolo sanitario e, dove previsto, la produzione dei referti diagnostici; gestire la scadenza/fissazione o cancellazione di visite mediche, attraverso il contatto sull'utenza mobile (anche tramite SMS) o fissa da Lei indicata;
- sono basati sul Suo consenso e sugli adempimenti di cui alla normativa sopra richiamata a tutela della salute della persona.

1.2. I trattamenti finalizzati ad aggiornarLa (tramite newsletter all'indirizzo e-mail fornito) in merito alle attività ed ai servizi offerti, nonché fornirLe informazioni sui corretti stili di vita sono fondati sul Suo consenso.

2. Modalità del trattamento

Il trattamento dei Suoi dati personali è realizzato, anche con l'ausilio di mezzi elettronici, per mezzo delle operazioni indicate all'art. 4 Codice e all'art. 4 n. 2) GDPR e precisamente: il trattamento dei dati personali potrà consistere nella raccolta, registrazione, organizzazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione e distruzione dei dati.

Al riguardo, Le rappresentiamo come la struttura abbia provveduto alla nomina di un Direttore Sanitario, nella persona del **Dr. Massimo Nicolai**, il quale, sulla base di questo incarico, supervisiona la gestione dei suoi dati in accordo con la normativa vigente che ne regola l'attività

3. Obbligatorietà del conferimento

Il conferimento dei dati per il raggiungimento delle finalità di cui al punto 1.1. è obbligatorio. Un eventuale rifiuto non consentirà l'erogazione della prestazione sanitaria richiesta, né il rilascio della certificazione medica necessaria ai sensi della normativa sanitaria di riferimento, né l'aggiornamento su eventuali scadenze di visite programmate.

Il conferimento dei dati per il raggiungimento delle finalità di cui al punto 1.2 è facoltativo

4. Ambito di comunicazione dei dati

4.1. I dati personali potranno essere comunicati a:

- Strutture pubbliche (ATS per territorio e Regione) per gli adempimenti previsti dalla normativa di settore.

I dati personali di cui alla lettera a) e c) potranno essere comunicati a:

- i laboratori di analisi, che per conto del Titolare del trattamento effettuano gli esami analitici.

I dati personali, limitatamente al certificato di idoneità all'attività sportiva agonistica e non, verranno comunicati ai fini di legge alla Sua società sportiva. L'eventuale inidoneità/sospensioni all'attività sportiva in attesa di accertamenti, verrà comunicata senza alcun riferimento alle patologie riscontrate o diagnosi cliniche

I dati di cui al punto a) verranno trasmessi ai consulenti legali, in caso di controversie, e fiscali per gli adempimenti di legge.

4.2. I dati che precedono verranno trasmessi agli enti di ricerca scientifica in campo statistico, epidemiologico, biomedico o clinico o per pubblicazioni scientifiche.

4.3. I dati che precedono verranno trasmessi alla U.O. Prevenzione della Direzione Generale Sanità per gli adempimenti di cui alle normative sopra indicate

4.4. I dati personali da Lei forniti non saranno oggetto di diffusione.

5. Trasferimento dei dati all'estero

5.1. I dati personali sono conservati su server ubicati in Italia. Resta in ogni caso inteso che il Titolare, ove si rendesse necessario, avrà facoltà di spostare i server anche extra-UE. In tal caso, il Titolare assicura sin d'ora che il trasferimento dei dati extra-UE avverrà in conformità alle disposizioni di legge applicabili ed in particolare quelle di cui al Titolo V del GDPR.

5.2. I Suoi dati non saranno trasferiti extra-UE.

6. Periodo di conservazione dei dati

I Suoi dati saranno conservati per il periodo necessario al conseguimento delle finalità per i quali sono stati acquisiti e conformemente alle specifiche previsioni di legge al riguardo. La verifica sulla obsolescenza sui dati oggetto di trattamento rispetto alle finalità per le quali sono stati raccolti e trattati viene effettuata periodicamente.

7. Titolare del trattamento

Sports Medical srl Medicina dello Sport. - Via G. Marconi, 268 - 65127 Pescara (Pe) - tel. 085- _____ 347- _____

8. Responsabile della protezione dei dati

La scrivente società ha provveduto alla nomina del D.P.O. contattabile via mail all'indirizzo: **dpo@sportsmedical.it**.

9. Diritti dell'interessato

In qualunque momento potrà conoscere i dati che La riguardano, sapere come sono stati acquisiti, verificare se sono esatti, completi, aggiornati e ben custoditi, di ricevere i dati in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, di revocare il consenso eventualmente prestato relativamente al trattamento dei Suoi dati in qualsiasi momento ed opporsi in tutto od in parte, all'utilizzo degli stessi e di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali

Tali diritti possono essere esercitati attraverso specifica istanza da indirizzare tramite raccomandata - o pec - al Titolare del trattamento.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Io sottoscritto _____
letta l'informativa che precede, acconsento al trattamento dei miei dati personali nelle modalità e per le finalità descritte al punto 1.1

Luogo e Data _____ Firma _____

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Io sottoscritto _____
letta l'informativa che precede, acconsento al trattamento dei miei dati personali nelle modalità e per le finalità descritte al punto 1.2

Luogo e Data _____ Firma _____