



**VISITA ED ACCERTAMENTI PER IDONEITA' AGONISTICA SPORTIVA PER MINORENNE:**  
**AUTODICHIARAZIONE DATI SANITARI, CONSENSO INFORMATO.**

**Si raccomandano la lettura, la compilazione e la firma in ogni parte in cui è richiesta (totale fogli 4).**

Io sottoscritto/a ..... **C.Fiscale**.....

**GENITORE o ESERCENTE LA RESPONSABILITA' genitoriale DELL'ATLETA** .....

nato a ..... **Prov.**..... il ...../...../.....

**Telefono/cell (del genitore o esercente la responsabilità)**.....

**Istruzioni per la compilazione: barrare con una X il NO o il SI a tutte le domande**  
**In caso di dubbi nelle risposte saranno forniti chiarimenti da parte del medico al momento della visita**

È questa la prima visita di idoneità agonistica?	NO SI	Ha fatto la visita di idoneità agonistica presso altri centri?	NO SI	È mai risultato NON idoneo? Perché? .....	NO SI
--	-------	--	-------	---	-------

**adottato/in affido** NO SI, se sì a che età? .....

**1) Informazioni sanitarie sulla famiglia:** riguardo a genitori, zii, nonni, fratelli, sorelle dell'atleta che sono stati affetti o sono affetti dalle seguenti malattie:

**I DATI SONO VARIATI RISPETTO LA VISITA PRECEDENTE ? NO SI**

Malattie cuore: Chi?	NO SI	Pressione alta Chi?	NO SI	Ictus Chi?	NO SI	Altro Chi?	NO SI
Aritmie Chi?	NO SI	Colesterolo alto Chi?	NO SI	Problemi renali Chi?	NO SI	Morti improvvise Chi e a che età?	NO SI
Infarto Chi?	NO SI	Diabete Chi?	NO SI	Problemi tiroide Chi?	NO SI		
Altro	NO SI						

**2) Raccolta dati fisiologici riguardanti l'atleta:**

**I DATI SONO VARIATI RISPETTO LA VISITA PRECEDENTE ? NO SI**

Nato da parto: normale NO SI cesareo NO SI complicato NO SI	gemellare NO SI prematuro NO SI	Età primo ciclo mestruale: anni?.....	Esegue annualmente bilancio della salute dal medico curante? NO SI
---	---------------------------------	---------------------------------------	--

**3) Informazioni sulle abitudini dell'atleta**

Fumo NO SI num.sig./die.....	Alcol NO SI	Usa integratori NO SI	Bevanda/e principale della giornata
<input type="checkbox"/> occasionale <input type="checkbox"/> moderato <input type="checkbox"/> spesso		<input type="checkbox"/> vitaminici <input type="checkbox"/> salini <input type="checkbox"/> proteici	<input type="checkbox"/> Acqua <input type="checkbox"/> bevande gassate/dolci: <input type="checkbox"/> Energy drink
		<input type="checkbox"/> Altro .....	<input type="checkbox"/> Altro .....
Fa colazione NO SI	Mangia frutta/verdura NO SI	Ore attività sportiva organizzata settimana	
<input type="checkbox"/> bevanda (anche yogurth)	Porzioni al giorno	<input type="checkbox"/> 0-4 <input type="checkbox"/> 6-8 <input type="checkbox"/> 8-12 <input type="checkbox"/> più di 12	
<input type="checkbox"/> bevanda + prod. forno	<input type="checkbox"/> 0-1 <input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 2-3 <input type="checkbox"/> 3-4 <input type="checkbox"/> 4-5	Ore attività fisica libera settimana	
<input type="checkbox"/> bevanda + prod. forno + frutto		<input type="checkbox"/> 0-3 <input type="checkbox"/> 3-6 <input type="checkbox"/> più di 6	

**4) Raccolta dati patologici riguardanti l'atleta:**

**I DATI SONO VARIATI RISPETTO LA VISITA PRECEDENTE ? NO SI**

Ha eseguito le vaccinazioni obbligatorie? Eventualmente ha avuto: NO SI	Malattie di cuore: NO SI	Apparato respiratorio: NO SI	Manifestazioni anomale durante attività sportiva NO SI
Varicella NO SI	Soffio NO SI	Tonsilliti NO SI	Mancanza di respiro NO SI
Parotite (orecchioni) NO SI	Valvole NO SI	Sinusiti NO SI	Dolore al petto NO SI
Mononucleosi NO SI	Aritmie NO SI	Bronchiti NO SI	Palpitazioni NO SI
a che età? _____	Miocardite NO SI	Polmoniti NO SI	Vertigini NO SI
Altro _____	Altro _____	Asma da sforzo NO SI	Altro _____
		Asma allergico NO SI	

Malattie intestino:	NO	SI	Malattie di rene:	NO	SI	ALLERGIA	NO	SI	Apparato locomotore:			
Fegato	NO	SI	Sangue nelle urine	NO	SI	Allergia cutanea	NO	SI		Scoliosi	NO	SI
Epatiti , quali:			Proteine nelle urine	NO	SI	Allergia respiratoria	NO	SI		Dorso Curvo	NO	SI
A NO SI ,B NO SI ,C NO SI			Altro	NO	SI	shock allergico	NO	SI		Piede piatto	NO	SI
Salmonellosi	NO	SI				Anemia	NO	SI	Piede cavo	NO	SI	
M. Celiaco	NO	SI				Malattie tiroide	NO	SI	Altro _____			
Gastrite	NO	SI				Diabete	NO	SI				
Apparato neurologico:			Ha eseguito una visita oculistica recente	NO	SI	Febbre reumatica	NO	SI	Problemi orecchio:	NO	SI	
Mal di testa	NO	SI				Artrite Reumatoide	NO	SI	Otiti	NO	SI	
Convulsioni	NO	SI	Problemi agli occhi:	NO	SI	Difficoltà visione dei colori	NO	SI	Riduzione udito	NO	SI	
Epilessia	NO	SI	Miopia	NO	SI	colore verde	NO	SI	Sordità	NO	SI	
Trauma cranico	NO	SI	Ipermetropia	NO	SI	colore rosso	NO	SI	Altro _____			
Altro _____			Astigmatismo	NO	SI	colore blu	NO	SI				
			Strabismo	NO	SI	Altri interventi	NO	SI	quali ?			
Ricoveri per interventi chirurgici	NO	SI	Adenoidi	NO	SI				_____			
			Tonsille	NO	SI				_____			
			Appendicite	NO	SI				_____			
			Ernia inguinale	NO	SI				_____			
Ha avuto traumi?	NO	SI	Distorsioni	NO	SI	cosa?	_____					
			Fratture	NO	SI	cosa?	_____					
			Lesioni muscolari	NO	SI	cosa?	_____					
			Lesioni a legamenti e/o menischi	NO	SI	cosa?	_____					
Sta assumendo farmaci?	NO	SI	Quali e per quale motivo _____									
E mai stato sottoposto a questi accertamenti e per quale motivo?:	NO	SI	Ecografia cardiaca? _____									
			Holter cardiaco 24 ore? _____									
Spazio riservato ad altre comunicazioni o precisazioni sui precedenti _____												

### Ho compilato quanto sopra e DICHIARO:

di **AVER INFORMATO correttamente** il medico delle condizioni psico-fisiche attuali e delle malattie precedenti del minore e che lo stesso non è mai stato dichiarato NON idoneo in precedenti visite medico sportive di legge. Inoltre mi impegno, come esercente la responsabilità genitoriale dell'atleta, a non fargli/le fare uso di droghe riconosciute illegali e prendo atto dei rischi derivanti dal fumo di tabacco e dall'abuso di alcol.

Data \_\_\_\_\_

Firma del genitore o esercente responsabilità genitoriale \_\_\_\_\_



## CONSENSO INFORMATO

### INFORMAZIONI SULLE MODALITÀ DELLA VISITA E DEGLI ACCERTAMENTI PER IDONEITÀ ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ SPORTIVA AGONISTICA:

Durante la visita, oltre al raccordo anamnestico, saranno effettuate: la visita medica con esame obiettivo e rilevazione della pressione arteriosa, misurazioni antropometriche (peso, altezza, ...), controllo esame urine per presa visione, un ECG a riposo ed eventualmente un test spirometrico.

**Per le discipline sportive agonistiche previste nella Tab. B, la normativa prevede il test da sforzo che valuta l'apparato cardiovascolare, per la riduzione del rischio di morte improvvisa.**

Tecnicamente il test da sforzo viene eseguito tramite monitoraggio continuo del cuore (telemetria) utilizzando lo step test o il tapis roulant o il cicloergometro o il cicloergometro a manovella, con valutazione nella fase di recupero dopo lo sforzo.

Il test da sforzo è nella grandissima maggioranza dei casi un test sicuro. Può essere seguito da lievi disturbi transitori (malessere, debolezza, crampi alle gambe, dolore toracico). Dagli studi scientifici eseguiti risulta l'eventualità assolutamente eccezionale di morte improvvisa. Viene riportata una frequenza di circa un caso ogni 80.000 esami (*GH Kimberly, 2014*). Rispetto a questo dato, la sicurezza dell'attività svolta nei nostri centri è ancora maggiore, perché il test viene eseguito soltanto al termine di un'accurata visita medica e dopo l'ECG a riposo. Inoltre, il medico è sempre presente ed il personale ha a disposizione le opportune attrezzature per l'emergenza.

#### DICHIARO:

- di ESSERE STATO INFORMATO in modo chiaro ed a me comprensibile, a voce e per iscritto, sullo svolgimento e sui rischi della visita medico sportiva (D.M. 18/02/1982 e DGR 775/2004 e succ. int.) e i relativi accertamenti;
- di AVERE OTTENUTO RISPOSTE E SPIEGAZIONI CHE HO BEN COMPRESO ad eventuali richieste di chiarimenti;

**Pertanto, in accordo con l'altro genitore da me consultato, consapevolmente**

ACCONSENTO                       NON ACCONSENTO  
(barrare con una x la voce che interessa)

**alla visita ed ai relativi accertamenti.**

Data \_\_\_\_\_

**Firma del genitore o esercente responsabilità genitoriale** \_\_\_\_\_

**Firma e timbro del MEDICO CHE ACQUISISCE IL CONSENSO** \_\_\_\_\_



## CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

Per le finalità connesse alla richiesta di idoneità alla pratica sportiva agonistica, informato e secondo le modalità di cui alla specifica normativa in materia, secondo il GDPR UE 2016/679 (General Data Protection Regulation), autorizzo i Sanitari dell'Unità Operativa Medicina dello Sport dell'AUSL di Reggio Emilia a trattare ed archiviare i dati personali, compresi quelli relativi alla mia visita di idoneità, ad utilizzare lo strumento Data Warehouse Clinico dal quale risalire alla banca dati sanitaria della Azienda USL di Reggio Emilia, utili alla valutazione di idoneità sportiva agonistica, da me richiesta.

Il titolare del trattamento è il Responsabile di Unità Operativa Dott. Gianni Zobbi. L'informativa completa sul trattamento dei dati personali e sensibili da parte dell'Azienda USL di Reggio Emilia è disponibile sulla pagina internet all'indirizzo <http://www.ausl.re.it/privacy>

Data \_\_\_\_\_

Firma del genitore o esercente responsabilità genitoriale \_\_\_\_\_

I dati personali e sanitari raccolti in occasione della visita di medicina dello sport, potranno essere utilizzati, rigorosamente in forma anonima, a fini statistici, scientifici e di ricerca.

**Pertanto, in accordo con l'altro genitore da me consultato, consapevolmente**

**ACCONSENTO**

**NON ACCONSENTO**

(barrare con una x la voce che interessa)

Data \_\_\_\_\_

Firma del genitore o esercente responsabilità genitoriale \_\_\_\_\_

**IL PRESENTE MODULO DEVE ESSERE CONSEGNATO COMPILATO E FIRMATO DAL GENITORE  
O DALL'ESERCENTE LA RESPONSABILITA' GENITORIALE.  
I MINORI VENGONO VISITATI ESCLUSIVAMENTE IN PRESENZA DEL GENITORE  
O DELL'ESERCENTE LA RESPONSABILITA' GENITORIALE.  
IN ASSENZA DEL GENITORE O DELL'ESERCENTE LA RESPONSABILITA' GENITORIALE  
O DELLA MODULISTICA COMPLETA NON SARA' POSSIBILE EFFETTUARE LA VISITA.**