

## QUESTIONARIO SU MALATTIE E INFORTUNI – CONSENSO

 Cognome e nome (**di chi pratica attività sportiva/motoria**): \_\_\_\_\_,

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_, Codice Fiscale \_\_\_\_\_

### A) STORIA FAMILIARE (barrare ciò che interessa)

Un qualsiasi membro della famiglia (genitori, fratelli/sorelle, figli) o parente (nonni, zii, cugini, nipoti)

- E' morto prima dei 50 anni? NO SI Chi e motivo? \_\_\_\_\_
- Ha inspiegabili svenimenti? NO SI Chi? \_\_\_\_\_
- Ha la pressione arteriosa alta? NO SI Chi? \_\_\_\_\_
- E' portatore di pace-maker o defibrillatore? NO SI Chi? \_\_\_\_\_
- Ha malattie cardiache (infarto, bypass, aritmie)? NO SI Chi e quali? \_\_\_\_\_
- Ha malattie respiratorie (asma)? NO SI Chi e quali? \_\_\_\_\_
- Ha il diabete (mellito)? NO SI Chi? \_\_\_\_\_

### B) STORIA PERSONALE (barrare ciò che interessa)

 Di quali malattie ha sofferto?  Morbillo  Rosolia  Varicella  
 Mononucleosi  Parotite  Toxoplasmosi

Ha mai avuto:

- Perdita di sensi, svenimenti? NO SI
- Dolore o senso di peso al torace? NO SI
- Problemi respiratori, difficoltà nel respiro? NO SI
- Allergie (pollini, cibi, medicine, altro)? NO SI Quali? \_\_\_\_\_
- Asma? NO SI
- Epilessia? NO SI
- Ricoveri in Ospedale? NO SI Motivo? \_\_\_\_\_
- Altre malattie? NO SI Quali? \_\_\_\_\_
- Infortuni? NO SI Quali? \_\_\_\_\_

Ha il diabete (mellito)? NO SI

Negli ultimi 2 anni ha preso farmaci costantemente? NO SI Quali? \_\_\_\_\_

Ha, in passato, eseguito accertamenti specialistici (es. visita cardiologica, ecocardiogramma, ECG-24 ore, altro)? NO SI Quali? \_\_\_\_\_

**(N.B: portare la relativa documentazione)**

### C) ATTIVITA' SPORTIVA/MOTORIA

Tipo \_\_\_\_\_ Specialità \_\_\_\_\_

Ruolo \_\_\_\_\_ Allenamenti a settimana \_\_\_\_\_ Competizioni \_\_\_\_\_

### D) ALTRE NOTIZIE

Fumo: NO SI quantità \_\_\_\_\_ Alcol: NO SI quantità \_\_\_\_\_

Stupefacenti: NO SI quali e quantità \_\_\_\_\_

### DICHIARAZIONE

 Io sottoscritto/a (Cognome e Nome): ..... genitore del/la  
 praticante attività sportiva / motoria sopra generalizzato/a, dichiaro, di aver fedelmente risposto al questionario e che  
 mio/a figlio/a non è stato/a dichiarato/a NON IDONEO/A a una precedente visita medico-sportiva.

data \_\_\_\_\_

(non può superare 30 giorni dalla visita medica)

firma per esteso \_\_\_\_\_

(per i minorenni almeno un genitore)

 MOD<sub>DPREV</sub>127/REV 06 di giugno 2020

# INFORMAZIONI SULLA VISITA MEDICO-SPORTIVA

La visita di idoneità alla pratica dello sport agonistico è un **obbligo previsto dalla legge** (D.M. 18/02/1982) a tutela della salute degli sportivi iscritti presso le Società Sportive o Enti di Promozione Sportiva e qualificati agonisti, secondo le norme stabilite per ogni sport.

L'accertamento dell'idoneità comprende una serie di esami tra cui: visita medica, esame delle urine, spirometria (prova delle capacità respiratorie), elettrocardiogramma a riposo, prova ergometrica, elettrocardiogramma dopo sforzo. La prova ergometrica può essere svolta con modalità differenti e scelte caso per caso: step-test (si sale e si scende da uno scalino) o cicloergometro (si pedala su una cyclette) o nastro trasportatore (si corre su una pedana mobile).

La **prova ergometrica è impegnativa** per cuore, polmoni e muscoli, essendo stata studiata per simulare le condizioni dell'attività fisica. Anche se questo test di routine non va fino al massimo delle capacità, per la grande variabilità individuale delle condizioni fisiche e di allenamento può risultare faticoso. Presso la Struttura di Medicina Sportiva dell'ASL CN1 il test viene svolto sotto costante controllo, anche elettrocardiografico, per ridurre al minimo i rischi, peraltro limitati e non superiori a quelli della pratica sportiva stessa.

In caso di eventuali anomalie riscontrate durante gli esami clinici potrebbero rendersi necessari ulteriori accertamenti, per i quali sarà fornita apposita richiesta scritta.

Sia gli accertamenti di routine, sia quelli eventualmente richiesti dal medico, sono indispensabili per certificare l'idoneità sportiva agonistica. In caso di **mancata esecuzione degli esami**, dopo 3 mesi la valutazione sarà conclusa negativamente (viene espresso un giudizio di NON IDONEITA'), con comunicazione alla Società o Ente di Promozione Sportiva presso cui è iscritto il praticante attività sportiva.

La pratica di attività ludico-motorie e sportive non agonistiche (anche a particolare ed elevato impegno cardio-vascolare), disciplinate dai DD.MM. Salute 24/04/2013 e 08/08/2014, prevede l'esecuzione di una visita medica generale e, in casi già previsti o su richiesta del medico visitatore, un elettrocardiogramma a riposo, un test ergometrico o altri accertamenti ritenuti indispensabili, per i quali saranno fornite apposite indicazioni in sede.

## DICHIARAZIONE E CONSENSO

Il/La sottoscritto/a (Cognome e Nome) ..... telefono ....., indirizzo di posta elettronica ....., nato/a a ..... il ..... tipo doc. riconoscimento ..... avente n. .... rilasciato da ..... il ..... (occorrendo) genitore di (Cognome e Nome) ....., senza il dissenso dell'altro genitore

1. acconsente a far sottoporre il/la proprio/a figlio/a agli accertamenti sanitari previsti per la pratica di attività sportive agonistiche o non agonistiche, secondo quanto disposto dalle norme e regolamenti in vigore, ovvero a quelli previsti per attività ludico-motoria;
2. dichiara di essere stato/a pienamente informato/a delle finalità di tali accertamenti e dei rischi connessi;
3. dichiara altresì di aver esattamente informato il medico delle condizioni di salute, attuali e pregresse, di mio/a figlio/a;
4. dichiara che mio/a figlio/a non assume sostanze illegali.

### **INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii. e art. 13 del Regolamento UE 2016/679:**

"Dichiara in ultimo di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati, in conformità al D.Lgs 196/2003 e ss.mm.ii. e del Reg. UE 2016/679 dall'ASL CN1 ai fini del presente procedimento, di ricerca statistico-epidemiologica in forma anonima (i cui risultati potrebbero essere oggetto di pubblicazione).

I dati personali sono trattati per il tempo strettamente necessario a conseguire gli scopi per cui sono stati raccolti. Specifiche misure di sicurezza sono osservate per prevenire la perdita dei dati, usi illeciti o non corretti ed accessi non autorizzati. Gli interessati hanno il diritto di ottenere dall'ASL CN1, nei casi previsti, l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del Regolamento).

L'apposita istanza all'ASL CN1 è presentata contattando l'U.R.P., Via Carlo Boggio 12 – 12100 CUNEO, indirizzo email: [urp@aslcn1.it](mailto:urp@aslcn1.it)

Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento hanno il diritto di proporre reclamo al Garante, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento)

**data** \_\_\_\_\_ **firma per esteso** \_\_\_\_\_  
(per i minorenni almeno un genitore)

**N.B.:** **obbligatorio presentarsi a visita medica con valido documento di identità di chi pratica attività sportiva/motoria e di chi sottoscrive il consenso, pena la impossibilità a effettuare qualsiasi accertamento.**

**Verificato documento del sottoscrittore (data e firma operatore addetto):** \_\_\_\_\_



## **INFORMAZIONI**

### **A COSA SERVE IL MODULO**

*Il presente questionario-consenso è indispensabile per raccogliere notizie sulla salute di chi pratica (o intende praticare) attività sportiva/motoria, per poter fornire eventuali consigli in relazione all'attività/sport praticati ed esprimere il consenso all'effettuazione degli accertamenti sanitari nonché al trattamento dei dati.*

### **CHI DEVE COMPILARE IL MODULO**

*Il/La diretto/a interessato/a qualora maggiorenne; almeno un genitore in caso di minorenni.*

### **MODALITÀ DI CONSEGNA DEL MODULO ALL'ASL**

*Il modulo deve essere compilato in ogni sua parte, debitamente firmato e consegnato personalmente in occasione della visita medica.*

***In mancanza dell'indicazione degli estremi del documento di identità di chi sottoscrive il presente modulo e/o in mancanza del consenso compilato e firmato, non potrà essere effettuato alcun accertamento.***

### **RIFERIMENTI**

Ufficio: S.S.D. Medicina Sportiva – Via Ospedale 23/27 – FOSSANO  
apertura al pubblico della Segreteria: giorni feriali dal lunedì al venerdì dalle ore 10.30 alle ore 12.00,  
solo su prenotazione telefonica;

Tel.: 0172 – 699241 / 699336 nei giorni e nelle ore su indicate.

FAX: 0172 – 1795471

E-mail: [medicinasportiva@aslcn1.it](mailto:medicinasportiva@aslcn1.it)

PEC: [medicinasportiva@aslcn1.legalmailpa.it](mailto:medicinasportiva@aslcn1.legalmailpa.it)