



## VISITA ED ACCERTAMENTI PER IDONEITÀ AGONISTICA SPORTIVA PER MINORENNE: AUTODICHIARAZIONE DATI SANITARI, CONSENSO INFORMATO

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

Il modulo deve essere consegnato compilato (*barrare con una X il NO o il SI in tutte le domande*)  
e firmato dal **genitore** o dall'esercente la responsabilità genitoriale (**tutore legale**).

*In caso di dubbi nelle risposte saranno forniti chiarimenti da parte del medico al momento della visita.*

I minori vengono visitati esclusivamente in presenza del genitore o dell'esercente la responsabilità genitoriale (tutore legale).

**In assenza del genitore o del tutore legale non sarà effettuata la visita.**

Io sottoscritta/o Codice Fiscale

GENITORE o Esercente la responsabilità genitoriale dell'ATLETA

nato a Prov. il

telefono/cell. (del genitore o esercente la responsabilità)

L'atleta è stato adottato/in affido? NO SI Se SI, a che età?

È questa la prima visita di idoneità agonistica? NO SI

Ha fatto la visita di idoneità agonistica presso centri privati? NO SI

È mai risultato NON idoneo? NO SI Se SI, perchè?

Nato da parto? Naturale NO SI Cesareo NO SI Gemellare NO SI

Prematuro NO SI Complicato NO SI

Età del primo ciclo mestruale se femmina

Esegue annualmente bilancio della salute da medico curante/pediatra? NO SI

### 1. INFORMAZIONI SANITARIE SULLA FAMIGLIA DELL'ATLETA – Genitori, zii, nonni, fratelli, sorelle dell'atleta hanno o hanno avuto in passato:

I DATI SONO VARIATI RISPETTO LA VISITA PRECEDENTE? NO SI

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

## 2. INFORMAZIONI SULLE ABITUDINI DELL'ATLETA

I DATI SONO VARIATI RISPETTO LA VISITA PRECEDENTE? NO SI

**Fa colazione** NO SI  Bevande (anche yogurt)  Bevanda+prod. forno/cereali  
 Bevanda+prod. forno+frutto  Altro

**Mangia frutta e verdura** NO SI Nr. porzioni al giorno:  0-1  1-2  2-3  
 3-4  4-5  Altro

**Fumo** NO SI Nr. Sigarette al giorno

**Alcool** NO SI  Occasionale  Moderato  Frequente

**Usa integratori** NO SI  Vitaminici  Proteici  Salinici *Altro*

**Bevanda/e principale della giornata**  Acqua  Bevande gassate  Energy drink  
*Altro*

**Ore attività sportiva organizzata a settimana**  0-4  4-8  8-12  Più di 12

**Ore di attività fisica libera a settimana**  0-3  3-6  Più di 6

## 3. RACCOLTA DATI PATOLOGICI RIGUARDANTI L'ATLETA

I DATI SONO VARIATI RISPETTO LA VISITA PRECEDENTE? NO SI

**Ha eseguito le vaccinazioni obbligatorie** NO SI

**Ha avuto la mononucleosi** NO SI Se SI, a che età?

**Anemia** NO SI **Diabete** NO SI

**Febbre reumatica** NO SI **Artrite reumatoide** NO SI

**Malattie tiroide** NO SI

**Manifestazioni anomale durante lo sport** NO SI **Mancanza di respiro** NO SI  
**Dolore al petto** NO SI **Palpitazioni** NO SI  
**Vertigini** NO SI *Altro*

**Malattie del cuore** NO SI **Soffio** NO SI **Valvole** NO SI **Aritmie** NO SI  
**Miocardite** NO SI *Altro*

**Hai mai fatto ecografia cardiaca?** NO SI Se SI, per quale motivo?

**Hai mai fatto holter cardiaco 24 ore?** NO SI Se SI, per quale motivo?

**Prende farmaci?** NO SI Quali e per quale motivo?

**Allergie** NO SI Se SI quali?

**Allergia cutanea** NO SI **Allergia respiratoria** NO SI **Shock allergico** NO SI

**Malattie apparato respiratorio** NO SI

**Tonsilli** NO SI **Sinusiti** NO SI  
**Bronchiti** NO SI **Polmoniti** NO SI  
**Asma da sforzo** NO SI **Asma allergico** NO SI  
*Altro*

**Malattie intestino** NO SI **Fegato** NO SI **Epatite A** NO SI  
**Epatite B** NO SI **Epatite C** NO SI  
**Salmonellosi** NO SI **Celiachia** NO SI  
**Gastrite** NO SI *Altro*

<b>Malattie del rene</b> NO SI	<b>Proteine nelle urine</b> NO SI <i>Altro</i>	<b>Sangue nelle urine</b> NO SI
<b>Apparato locomotore</b>	<b>Scoliosi</b> NO SI <b>Piede piatto</b> NO SI <i>Altro</i>	<b>Dorso curvo</b> NO SI <b>Piede cavo</b> NO SI
<b>Apparato neurologico</b>	<b>Mal di testa</b> NO SI <b>Epilessia</b> NO SI <i>Altro</i>	<b>Convulsioni</b> NO SI <b>Trauma cranico</b> NO SI
<b>Ha fatto visita oculistica recente</b> NO SI	<b>Problemi agli occhi</b> NO SI <b>Astigmatismo</b> NO SI <b>Ipermetropia</b> NO SI <b>Difficoltà nella visione dei colori</b> NO SI	<b>Strabismo</b> NO SI <b>Miopia</b> NO SI
<b>Problemi orecchio</b> NO SI	<b>Otiti</b> NO SI <b>Riduzione udito</b> NO SI	<b>Sordità</b> NO SI
<b>Ricoveri per interventi</b> NO SI	<b>Adenoidi</b> NO SI <b>Tonsille</b> NO SI <b>Altri interventi</b> NO SI	<b>Ernia inguinale</b> NO SI <b>Appendicite</b> NO SI
<b>Ha avuto traumi</b> NO SI	<b>Distorsioni</b> NO SI <b>Menischi/legamenti</b> NO SI <b>Fratture</b> NO SI <b>Lesioni muscolari</b> NO SI	Cosa? Cosa? Cosa? Cosa?

*Altre comunicazioni*

## 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'Azienda USL-IRCCS 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-IRCCS 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-IRCCS 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