

SCHEMA ANAMNISTICA

IL MEDICO VISITATORE

Cognome e Nome dell'atleta

FIRMA PER PRESA VISIONE

A. Storia familiare

1. a	Hai un Parente prossimo che ha avuto una morte improvvisa o inspiegabile prima dei 50 anni di età? Chi?	NO	SI
1. b	Hai un Parente prossimo affetto da malattie cardiovascolari gravi e/o ereditarie? Chi?	NO	SI

B. Storia personale

2.	Hai mai avuto perdita dei sensi (svenimento-sincope)?	durante esercizio-sforzo fisico	NO	SI				
		dopo esercizio-sforzo fisico	NO	SI				
		non correlato all'esercizio-sforzo fisico	NO	SI				
3.	Un medico ti ha mai detto che hai un problema cardiaco, pressione arteriosa alta, colesterolo alto, un soffio al cuore, un'aritmia cardiaca, malattia reumatica, infezioni al cuore o altro? Quali:	NO	SI					
4.	Un medico ti ha mai prescritto un test per il cuore, per esempio ECG, Holter o ECO?	NO	SI					
5.	Un medico ti ha mai detto che hai asma, crisi convulsive, epilessia, problemi di salute che impediscono lo sport, diabete, obesità, malattie ortopediche, malattie neurologiche, malattie respiratorie o altro? Quali:	NO	SI					
6.	Hai qualche allergia (per esempio pollini, polvere, farmaci, cibi, punture d'insetto)?	NO	SI					
7.	Attualmente stai facendo qualche cura, usando farmaci (qualsiasi tipo) su prescrizione medica o "da banco" (senza ricetta) o pillole o inalatori?	NO	SI					
8.	Hai mai avuto ricoveri ospedalieri e/o interventi chirurgici, infortuni gravi? Quali:	NO	SI					
9.	Negli ultimi due anni hai preso farmaci in maniera costante?	NO	SI					
10.	Vista: porti occhiali e/o lenti a contatto?	NO	SI					
11.	Udito: hai problemi di udito?	NO	SI					
12.	Menarca (prima mestruazione)	NO	SI	Anno	Data ultima mestruazione	/	/	
13.	Fuma	NO	SI	Sig./die N°.	Alcool	NO	SI	Quantità/die
14.	Hai fatto, o fai uso di droghe/doping?	NO	SI	Quali:				

C. Storia sportiva

15.	Tipo di sport per cui è richiesta la visita	N°. allenamenti alla settimana	Durata allenamento in minuti	N°. competizioni alla settimana

La presente scheda anamnestica deve essere compilata dai genitori degli atleti MINORENNI che al momento della visita non possono essere presenti. Si informa che i minorenni NON PROVVISI della scheda anamnestica compilata in ogni suo punto dai genitori NON POTRANNO EFFETTUARE LA VISITA MEDICA di idoneità sportiva agonistica.

IMPORTANTE: la raccolta dei dati anamnestici è fondamentale per la valutazione complessiva dello stato di salute dell'atleta e per la diagnosi di patologie ereditarie ed è parte integrante della cartella clinica.

Data, Corsico li

----- / ----- / -----

Firma del Genitore

Informativa sul trattamento dei Suoi dati personali. Art. 13 GDPR - Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (UE/2016/679)

1. 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 per la valutazione di cui ai Decreti Ministeriali 18.02.1982 e 04.03.1993;
 - quelli spontaneamente da Lei forniti.
2. I dati vengono da noi raccolti con la esclusiva finalità di effettuare quanto previsto dai decreti sopra richiamati e dalla Legge Regionale 66/1981.
3. I dati verranno riportati su "Schede di Valutazione Medico Sportiva" che verranno da noi mantenuti e protetti con modalità idonee e per il tempo necessario secondo la normativa vigente.
4. 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.
5. I Suoi diritti: Gli artt. Dal 15 al 22 del GDPR UE 679/2016 Le conferiscono specifici diritti. In particolare, potrà ottenere conferma dell'esistenza o meno di dati personali che La riguardano e la comunicazione di tali dati e delle finalità su cui si basa il trattamento. Inoltre, potrà ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge. Le chiediamo cortesemente di segnalare tempestivamente al Responsabile del trattamento ogni eventuale variazione dei Suoi dati personali in modo da poter ottemperare all'art. 11, lettera (c) della suddetta normativa, che richiede che i dati raccolti siano esatti e, quindi, aggiornati. Titolare del trattamento è Nuova Decathlon S.r.l., il Responsabile del trattamento è il Dott. Braconaro Francesco.
6. 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.

Richiesta del consenso al trattamento dei Suoi dati personali (Art. 9 GDPR UE/2016/679)

Apponendo la firma in calce al presente modulo, manifesto il mio consenso al trattamento e/o comunicazione dei dati personali particolari miei e/o dei miei figli per le finalità e nei limiti indicati nella menzionata informativa.

In particolare manifesto il mio consenso espresso per:

- l'acquisizione dei dati di cui al punto 1;
- la comunicazione dei dati ai terzi ai sensi del precedente punto 4.

N.B. Si prega di compilare con i dati anagrafici del genitore

Nome e Cognome _____ Cod. Fisc. _____

Nato/a a _____ il _____

Data visita _____ / _____ / _____

Firma leggibile dell'interessato/a o del tutore se minore _____

Il sottoscritto dichiara di informare il Medico delle attuali condizioni psico-fisiche e delle affezioni precedenti del proprio figlio, che non è mai stato dichiarato NON IDONEO in precedenti visite, che non ha in corso sospensioni né si trova in attesa di giudizio di idoneità sportiva agonistica da parte di altro Centro di Medicina dello Sport. Dichiara altresì di essere consenziente ad eventuali controlli antidoping disposti dalla legislazione vigente.

Data visita _____ / _____ / _____ Firma leggibile del Genitore _____