



## CARTELLA CLINICA PER CERTIFICATO **NON AGONISTICO**

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_ Età \_\_\_\_\_ Sesso M F cm \_\_\_\_\_ Kg \_\_\_\_\_  
Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
Documento di identità \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Medico Curante \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_  
Sport praticato \_\_\_\_\_ Società di appartenenza \_\_\_\_\_

### A. ANAMNESI FAMILIARE

C'è qualcuno in famiglia (genitori, fratelli, sorelle o nonni) che soffre o abbia sofferto di:

Malattie di cuore	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Diabete mellito	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Morte improvvisa	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Mal. Tiroidee	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Infarto del miocardio	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Mal. Polmonari	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Iperensione	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Tumori	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Colesterolo alto	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Asma/Allergie	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Obesità	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Mal. Neurologiche	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>

### B. ANAMNESI PERSONALE FISIOLGICA

Fuma NO  EX  SI  Se **si**, quante sigarette/giorno e da quanto tempo \_\_\_\_\_  
Beve alcolici MAI  saltuariamente  SI  Se **si**, quanto? \_\_\_\_\_  
Beve caffeina (caffè/the/coca-cola/energy drinks) NO  SI  quanto? \_\_\_\_\_  
Età prima mestruazione . . . . . anni Anomalie ciclo NO  SI  Gravidanze NO  SI  \_\_\_\_\_  
Assume farmaci e/o integratori NO  SI  Se **si**, quali \_\_\_\_\_  
Ultimi esami del sangue: NO  Normali  Alterati:  \_\_\_\_\_

### D. ANAMNESI PERSONALE PATOLOGICA

Covid	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Malattie del fegato/vie biliari	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Allergie o Asma	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Malattie neurologiche	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Altre mal. respiratorie	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Malattie tiroidee	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Anemia	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Altre malattie endocrine	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Epilessia	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Neoplasie (Tumori)	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Svenimenti	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Malattie psichiatriche	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Malattie di cuore	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Malattie dei reni/vie urinarie	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Pressione elevata	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Colesterolo elevato	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Diabete mellito	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>			
Palpitazioni o Dolore Toracico	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Altro _____		

Ha subito: ricoveri ospedalieri NO  SI  interventi chirurgici o fratture? NO  SI

Se **si**, indicare motivo del ricovero e/o tipo di intervento ed età \_\_\_\_\_

### LEGGERE E FIRMARE SUL RETRO



- **DICHIARAZIONE DI VERIDICITÀ DEI DATI ANAMNESTICI**
- **CONSENSO INFORMATO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI ANAMNESTICI E PERSONALI (D. L. 196/2003) e "Regolamento (UE) 2016/679"**
- **CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DEGLI ESAMI**
- **DELEGA AL RITIRO DEL CERTIFICATO DI IDONEITÀ**

Io sottoscritto dichiaro che tutti i dati personali ed anamnestici forniti nella fase preliminare della visita, inerenti a patologie acute o croniche passate e presenti, sono veri e riferiti da me stesso o, se minore accompagnato, dall'accompagnatore responsabile (se necessario supportati da documentazioni sanitarie accessorie), senza errori od omissioni che possano compromettere od ingannare il giudizio medico; di non essere mai stato riconosciuto non idoneo in visite precedenti, di non avere in sospeso alcuna visita medico-sportiva presso altre strutture di Medicina dello Sport; di non fare uso di droghe e/o sostanze eccitanti; di essere a conoscenza che alcol e fumo sono dannosi alla salute.

Accetto di sottopormi agli accertamenti previsti dalle normative relative alla visita di idoneità sportiva e alla eventuale prova da sforzo (Step Test o cicloergometro).

La valutazione clinica del grado di tolleranza allo sforzo fisico è una prova che serve ad evidenziare la risposta dell'apparato cardiocircolatorio allo sforzo fisico ed eventuali suoi difetti.

L'Utente viene prima sottoposto ad elettrocardiogramma a riposo, dal quale si può evidenziare la presenza di eventuali patologie che possono controindicare il prosieguo dell'esame.

Successivamente potrebbe essere necessario eseguire uno sforzo che prevede l'esecuzione di un esercizio per la durata di tre minuti (su cicloergometro o su scalino) o di una prova da sforzo massimale al cicloergometro

Controindicazioni: Il test da sforzo è controindicato per gli atleti con problemi cardiovascolari in atto.

Durante la prova si realizza un aumento del sovraccarico emodinamico sul cuore o sul sistema cardiovascolare, come conseguenza di un aumento della portata cardiaca e della pressione arteriosa o dell'aumento della temperatura del corpo.

Complicanze e/o effetti collaterali: Tale esame non è esente da complicanze anche se eseguito con diligenza e prudenza. Sebbene la valutazione clinica e la presenza costante dello specialista riducano il rischio che tale sforzo produca stati di sofferenza cardiovascolare, non si può escludere del tutto il rischio connesso con tutte le attività di sforzo aerobico: sensazione di mancanza di respiro (dispnea), fibrillazione atriale, arresto cardiaco e infarto miocardico.

Durante la prova la persona dovrà tempestivamente avvertire della comparsa di dolore toracico, senso di vertigine, debolezza, malessere generale, poiché questi segni possono essere indicativi di uno stato di pericolo.

Sono comunque a disposizione apparecchiature idonee e personale addestrato ed esperto per affrontare tali situazioni.

Consenso: Preso atto di quanto sopra richiamato confermo che il medico procedente mi ha illustrato la natura del trattamento ed il metodo con il quale viene attuato, le problematiche cliniche che ne giustificano l'effettuazione, i rischi a essa connessi e le eventuali alternative possibili. Nonché di aver preso visione dei contenuti della sezione informativa di questo documento e di aver avuto la possibilità di discuterne il testo.

Prendo atto che nel costo della visita medica non è compreso il rilascio di ECG che, come da tariffario regionale, ha un costo aggiuntivo di euro 15 .

Ai sensi del DL 196/2003 ("codice in materia di protezione dei dati personali") e del "Regolamento (UE) 2016/679" del 27 aprile 2016 aventi per oggetto i dati sensibili, acconsento al trattamento dei dati anamnestici e personali finalizzato al solo espletamento delle pratiche sanitarie e procedure amministrative necessarie alla certificazione del giudizio di idoneità sportiva e successiva comunicazione agli Enti preposti (Società di appartenenza, Azienda per i Servizi Sanitari, Assessorato regionale competente, Federazione Sportiva di appartenenza). Acconsento alla loro conservazione per i tempi legalmente previsti.

Inoltre delego i dirigenti preposti della Società o Federazione Sportiva di appartenenza al ritiro del mio certificato di idoneità qualora non lo faccia personalmente.

Pordenone, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma del paziente

Nel caso di paziente **minore d'età** il consenso dovrà essere prestato **dal genitore esercente la patria potestà**

Firma del Medico





## DICHIARAZIONE

Il suddetto (VEDI PAGINA 1)

attesta

- di non aver avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19.
- di non aver avuto sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 tra i quali, temperatura corporea > 37,5 °C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia nelle ultime settimane.
- di non aver avuto contatti a rischio con persone che sono state affette da coronavirus (familiari, luogo di lavoro, eccetera)
- e si impegna ad avvisare codesto Studio Medico qualora nelle due settimane successive alla visita odierna sviluppasse sintomi o gli fosse diagnosticata infezione da COVID 19.

In fede (firma)

---

### Note

1. In caso di minori, la dichiarazione deve essere compilata e sottoscritta da entrambi i genitori.
2. Le informazioni di cui sopra saranno trattate in conformità al Regolamento UE n.2016/679 (regolamento generale sulla protezione dei dati personali) per le finalità e le modalità di cui all'informativa resa ai sensi dell'art.13 del predetto Regolamento.