



CARTELLA CLINICA PER CERTIFICATO AGONISTICO

(da compilare da parte dell'atleta o di uno dei genitori per i minori di anni 18)

Cognome: _____ Nome: _____ Età _____ Sesso M F cm _____ Kg _____
 Nato a _____ il ____/____/____ C.F. _____
 Documento di identità _____ N° _____ Medico Curante _____
 Residente a _____ via/piazza _____
 Sport praticato _____ Società di appartenenza _____

A. ANAMNESI SPORTIVA

Sport per il quale è richiesta la visita?
 Da quanti anni pratica questo sport? Quante ore dedica allo sport alla settimana?
 Prima visita Rinnovo E' stato dichiarato NON IDONEO in visite precedenti? Si No
 Vaccinazione antitetanica NO NON SO SI ultimo richiamo:

B. ANAMNESI FAMILIARE

(barrare le caselle in caso di parente affetto: padre, madre, fratelli, sorelle, nonni paterni/materni)

C'è qualcuno in famiglia 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"/>
Cardiomiopatie	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Mal. Neurologiche	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"/>	Celiachia	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>

C. ANAMNESI FISIOLGICA

È nato a termine SI NO da parto naturale SI NO Allattamento al seno SI NO
 Fuma NO EX SI Se **si**, quante sigarette/giorno e da quanto tempo
 Beve alcolici MAI saltuariamente SI quanto?
 Beve caffeina (caffè/the/coca-cola/energy drinks) NO SI quanto?
 Età prima mestruazione anni Data ultima mestruazione / /
 Anomalie del ciclo mestruale NO SI Gravidanze NO SI
 Assume abitualmente farmaci e/o integratori alimentari NO SI
 Se **si**, quali
 Esami ematochimici (del sangue) nell'ultimo anno: NO Normali Alterati:
Per i MASTER over 40: colesterolo totale colesterolo LDL colesterolo HDL

ATTENZIONE! COMPILARE ANCHE IL RETRO DEL MODULO



D. ANAMNESI PATOLOGICA

Ha sofferto / Soffre di:

COVID grave	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Diabete mellito	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Allergie	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Colesterolo elevato	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Asma bronchiale	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Malattie gastro-intestinali	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Altre mal. respiratorie	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Malattie del fegato/vie biliari	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Otiti/Sinusiti	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Malattie muscolo-scheletriche	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Anemia	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Malattie neurologiche	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Epilessia	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Malattie tiroidee	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Svenimenti	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Altre malattie endocrine	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Malattie di cuore	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Neoplasie (Tumori)	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Palpitazioni	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Malattie psichiatriche	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Dolore toracico	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Malattie dei reni/vie urinarie	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Vertigini	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Alterazioni alvo/diuresi	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Malattie oculari	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Turbe del sonno	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Pressione elevata	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>			

.....

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

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

.....

Ha subito fratture, lussazioni, distorsioni gravi, traumi cranici o altri infortuni NO SI

Se **si**, indicare tipo di lesione ed età

.....

Usa occhiali/lenti a contatto NO SI



- **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**

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 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 dovrà eseguire uno sforzo che prevede l'esecuzione di una prova da sforzo al cicloergometro.

Metodiche alternative: Non vi sono metodiche alternative poiché il test di valutazione è un esame obbligatorio previsto dal D.M. 18.2.1982 per il rilascio del certificato di idoneità alla pratica sportiva agonistica.

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 precedente 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, confermo altresì di aver preso visione dei contenuti della sezione informativa di questo documento e di aver avuto la possibilità di discuterne il testo con il Medico.

Prendo atto che nel costo della visita medica non è compreso il rilascio di ECG e/o spirometria per uso esterno che, hanno un costo aggiuntivo di euro 15 (30 per l'ECG da sforzo) e 30 rispettivamente.

Sono a conoscenza che la visita medica è finalizzata a valutare il mio stato di salute ed in particolare a valutare la mia idoneità o meno allo sport agonistico praticato e che al termine degli accertamenti verrà emesso un giudizio di:

- idoneità allo sport agonistico
- non idoneità momentanea allo sport agonistico
- non idoneità definitiva allo sport agonistico

e che in quest'ultimo caso la normativa vigente prevede che la non idoneità venga notificata:

- all'interessato
- alla Società sportiva di appartenenza (tramite l'interessato)
- alla Direzione Centrale Salute della Regione Friuli Venezia Giulia

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, presa visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali esposta in sala d'attesa e visionabile nel sito web www.alessandrodaponte.it 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.

Il certificato viene rilasciato in copia unica cartacea, eventuali altre copie conformi potranno essere richieste e ritirate dall'interessato previo pagamento di euro 10 di spese di segreteria.

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