



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 _____
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 grave	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"/>	Malori improvvisi	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**

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 refertato per uso esterno che ha un costo aggiuntivo di euro 15.

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 non agonistico praticato e che al termine degli accertamenti verrà emesso un giudizio di:

- idoneità o meno allo sport non agonistico

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

