

**MEDICAL
SPORT CENTER
LODI**

Idoneo ai sensi del DPGR N. 513 del 19/04/86

VIA EMILIA SS.9 KM. 298.500
26900 LODI
TEL E FAX 0371/432348
E.mail medicalcenterlodi@libero.it

Al momento della visita medico sportiva l'atleta deve presentarsi con:

- 1) Documento d'identità personale
- 2) Richiesta della visita medico sportiva timbrata e firmata
- 3) Tessera sanitaria
- 4) Foglio della precedente visita agonistica (giallo) se si tratta di un rinnovo.
- 5) Eventuale documentazione medica in possesso dell'atleta (**IN PARTICOLARE RELATIVA AD ACCERTAMENTI CARDIOLOGICI**) riguardante problemi di salute o malattia, precedenti e/o in corso, ed eventuali danni riportati.
- 6) Questionario anamnestico o storico compilato (**SOLO PER GLI ATLETI MINORENNI**). Questo questionario occorre al medico che visita, per avere notizie precise sulla salute dell'atleta e dei suoi parenti; ma ha anche valore **MEDICO LEGALE**; per questo deve essere compilato con cura e firmato dai **genitori**.
- 7) E' consigliabile che l'atleta indossi una tenuta comoda per maggiore comodità

N.B. Senza questionario completato e firmato in ogni parte non sarà possibile rilasciare, all'atleta minorenni il certificato d'idoneità alla pratica agonistica.

QUESTIONARIO ANAMNESTICO STORICO FAMILIARE**Malattie dei nonni, genitori, fratelli e sorelle**

MALATTIE CARDIACHE	SI ☐	NO ☐	dei nonni ☐	genitori
			fratelli ☐	sorelle
IPERTENSIONE	SI ☐	NO ☐	dei nonni ☐	genitori ☐
			fratelli ☐	sorelle ☐
DIABETE	SI ☐	NO ☐	dei nonni ☐	genitori ☐
			fratelli ☐	sorelle ☐
PROBLEMI DI TIPO NEUROLOGICO	SI ☐	NO ☐	dei nonni ☐	genitori ☐
			fratelli ☐	sorelle ☐

EVENTUALI INFORMAZIONI

COGNOME E NOME.....

ANAMNESI PERSONALE

• **PARTO (NASCITA)** normale SI ☐ NO ☐ Se no quale?.....

• **MALATTIE COMUNI DELL'INFANZIA**

Morbillo ☐ Rosolia ☐ Varicella ☐ Pertosse ☐ Parotite ☐

• **ALTRE MALATTIE**

- Cardiache (di cuore)	SI ☐	NO ☐	Se si quali?.....
- Respiratorie	SI ☐	NO ☐	Se si quali?.....
- Apparato digerente (stomaco, fegato, intestino)	SI ☐	NO ☐	Se si quali?.....
- Malattie reumatiche	SI ☐	NO ☐	Se si quali?.....
- Malattie renali	SI ☐	NO ☐	Se si quali?.....
- Malattie ortopediche	SI ☐	NO ☐	Se si quali?.....
- Malattie neurologiche (Epilessia, paresi, altro)	SI ☐	NO ☐	Se si quali?.....
- Altre malattie	SI ☐	NO ☐	Se si quali?.....
- Allergie	SI ☐	NO ☐	Se si quali?.....
- Altre malattie	SI ☐	NO ☐	Se si quali?.....

• **INTERVENTI CHIRURGICI**

Tonsille ☐ Adenoidi ☐ Appendice ☐ Ernia inguinale ☐

Altre quali?.....

• **INFORTUNI**

Fratture SI ☐ NO ☐ Distorsioni SI ☐ NO ☐ Lussazioni SI ☐ NO ☐ Traumi cranici SI ☐ NO ☐

Altri quali?.....

• **NOTE**

- L'atleta prende medicinali SI ☐ NO ☐ Se sì quali ?.....

Per quale malattia ?.....Da quanto tempo?.....

- L'atleta ha dovuto interrompere l'attività sportiva per motivi di salute?

SI ☐ NO ☐ Se sì per quale motivo?

Per quanto tempo?.....

Eventuali informazioni.....

.....

Lodi, (Firma di un genitore).....

DICHIARAZIONE

Io sottoscritto dichiaro di aver informato esattamente il medico delle mie attuali condizioni psico-fisiche e delle affezioni precedenti e di **non essere mai stato dichiarato non idoneo**, di avere in corso **sospensioni** o di essere **in attesa di giudizio da parte di altro centro**. Inoltre mi impegno a non fare uso di droghe riconosciute illegali e do atto di essere informato sui pericoli derivanti dall'uso di fumo di tabacco, di sostanze dopanti e dell'abuso di alcool. Dichiaro altresì di essere consenziente ad eventuali controlli antidoping disposti dalla legislazione vigente.

Firma del dichiarante (o del tutore se minorenne)

INFORMATIVA AI SENSI DELL'EX ART. 13 DEL D.LGS.196/03 PER IL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI

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 l'esclusiva finalità di effettuare quanto previsto dai decreti sopra richiamati e della 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 (secondo le modalità previste dagli art. 31 e seguenti del D.Lgs.196/03)

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. Richiamiamo integralmente, ai sensi dell'art.7 del D.Lgs, i Suoi diritti in ordine del trattamento dei dati personali.

6. Le segnaliamo che il Titolare del trattamento ad ogni effetto di legge è il Centro di Medicina dello Sport, Medical Sport Center in persona del Direttore Sanitario (o Legale Rappresentante) e che il Responsabile del trattamento è il dr. P.G. Marinone Responsabile del centro.

7. **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.

Consenso ai sensi dell'art. 23 D.Lgs.196/03 **Se minore compilare con i dati del genitore**

Apponendo la firma in calce al presente modulo, manifesto il mio consenso al trattamento dei dati, nell'ambito delle finalità e modalità di cui sopra, e nei limiti in cui il mio consenso fosse richiesto ai sensi di legge.

In particolare manifesto il mio consenso espresso per:

- L'acquisizione dei dati di cui al punto 1
- La comunicazione dei dati a terzi ai sensi del precedente punto 4.

Nome e Cognome _____

Nato
a _____

Il _____

Cod. Fiscale _____

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

Lodi, il _____