VALENTINI
POLIAMBULATORIO

MODULO DI ANAMNESI

Cognome _____ Nome _____

Questionario anamnestico

Anamnesi familiare (genitori, fratelli, nonni):

Diabete	☐ No	☐ Si	Chi _____
Ipertensione arteriosa	☐ No	☐ Si	Chi _____
Morte improvvisa giovanile	☐ No	☐ Si	Chi _____
Cardiopatia ischemica od infarto	☐ No	☐ Si	Chi _____

Altro (specificare) _____

Anamnesi fisiologica:

Peso Kg _____ Statura cm _____

Fumo ☐ No ☐ Si Quante _____

Alcolici e superalcolici ☐ Astemio ☐ Occasionale ☐ Bevitore

Uso di farmaci ☐ No ☐ Si Quali _____

Altro (specificare) _____

Per le donne:

Data primo menarca _____ Data ultima mestruazione _____

Gravidanze ☐ No ☐ Si Quante _____

Soffre o ha sofferto di malattie come:

Diabete	☐ No	☐ Si	
Ipertensione arteriosa	☐ No	☐ Si	
Malattie neurologiche o epilessia	☐ No	☐ Si	
Malattie renali	☐ No	☐ Si	
Malattie e/o aritmie cardiache	☐ No	☐ Si	
Asma	☐ No	☐ Si	
Allergie	☐ No	☐ Si	Quali _____
Interventi chirurgici subiti	☐ No	☐ Si	Quali _____
Infortuni rilevanti o fratture	☐ No	☐ Si	Quali _____
Traumi cranici	☐ No	☐ Si	

Altro (specificare) _____

Sport _____

Quando pratichi sport hai mai accusato:

- Disturbi improvvisi ☐ No ☐ Si
- Svenimenti ☐ No ☐ Si
- Dolori toracici ☐ No ☐ Si
- Grande stanchezza ☐ No ☐ Si

Hai già eseguito visite per l'idoneità agonistica ☐ No ☐ Si

Sei mai stato giudicato temporaneamente NON idoneo all'attività sportiva ☐ No ☐ Si

Hai mai eseguito ulteriori accertamenti successivi alle visite di idoneità sportiva ☐ No ☐ Si Quali _____

Io sottoscritto _____ dichiaro:

- di aver informato esattamente il medico delle mie attuali condizioni psicofisiche,
- delle affezioni precedenti,
- di non essere mai stato dichiarato non idoneo in precedenti visite sportive di legge,
- mi impegni a non far uso di droghe riconosciute illegali e do atto di essere informato sui pericoli derivanti dal fumo di tabacco e dall'uso di alcool
- di voler essere sottoposto ad esame strumentale per valutazione cardiaca mediante test ergometrico al cicloergometro e/o STEP TEST. Dichiaro di essere a conoscenza che tale test, in caso di rischio anche minimo, verrà immediatamente sospeso dall'equipe medica come pure potrà essere sospeso in ogni momento su richiesta del soggetto visitato, considerando l'esame eseguito ai fini amministrativi.

Data _____

Firma _____ (del genitore/tutore se l'atleta è minorenne)

Esame obiettivo (da compilarsi a cura del Medico dello Sport)

Trofismo _____ Peso kg _____Statura cm _____

Apparato locomotore _____

Torace ed apparato respiratorio _____

Apparato cardiocircolatorio _____ P.A. a riposo _____/_____

Addome ed organi genitali _____

Arti _____

Acuità visiva: Naturale OD _____/10 OS_____/10

Corretta OD _____/10 OS_____/10

Senso cromatico _____

Udito _____

Conclusioni esame obiettivo: _____

_____

Firma del Medico

_____

VALENTINI
POLIAMBULATORIO

RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITÀ ALLO SPORT AGONISTICO

L'ATLETA

COGNOME _____ NOME _____

CODICE FISCALE _____

CARTA IDENTITÀ RILASCIATA DA _____ N. _____

NATO A _____ IL _____

RESIDENTE A _____ CAP _____

VIA _____ N. _____

TELEFONO _____ EMAIL _____

CHIEDE

VISITA MEDICO SPORTIVA PER L'IDONEITÀ ALLA PRATICA AGONISTICA

DELLO SPORT _____

SOCIETÀ SPORTIVA _____

PARTE DA COMPILARSI SOLO SE L'ATLETA È MINORENNE

Informativa sul trattamento dei dati personali, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003 e succ. modifiche

Il decreto legislativo 30 giugno 2003, n.196, prevede il diritto alla protezione dei dati personali riguardanti chiunque.
In ottemperanza a quanto previsto dalla citata normativa, la nostra Società, che intende trattare i suoi dati personali, desidera preventivamente informarLa, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 e succ. modifiche, che tale trattamento sarà improntato sui principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

In particolare, per i trattamenti dei "dati sensibili" (che, ai sensi dell'art. 4, comma 1, lettera d) del D.Lgs. 196/2003 e succ. modifiche, sono i dati idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale, l'art. 26 del D. Lgs. 196/2003 e succ. modifiche, prevede che essi possano essere oggetto di trattamento solo con il consenso scritto dell'interessato.

Pertanto Le forniamo le seguenti informazioni sul trattamento dei Suoi dati personali che intendiamo effettuare, con particolare riguardo ai dati "sensibili":

a) Il trattamento dei Suoi dati sensibili ha le seguenti finalità:
   - Obblighi legali quali fatturazione, registrazioni contabili obbligatorie, pagamenti;
   - Obblighi contrattuali quali rapporti di fornitura di servizi, mandato professionale, nonché delle relative modifiche ed integrazioni;

b) Il trattamento sarà effettuato ad opera di soggetti appositamente incaricati, con le seguenti modalità:
   - Essi vengono trattati, oltre che in forma cartacea, anche con sistemi automatizzati predisposti per memorizzare, gestire o trasmettere dati, con logiche strettamente correlate alla finalità della registrazione

c) Il conferimento dei Suoi dati sensibili è per Lei obbligatorio ed il loro mancato conferimento potrebbe comportare le seguenti conseguenze:
   - L'impossibilità di instaurare o proseguire il rapporto, ovvero effettuare alcune operazioni, se i dati sono necessari all'esecuzione del rapporto o dell'operazione; l'impossibilità di effettuare alcune operazioni che presuppongono la comunicazione dei dati a soggetti funzionalmente collegati all'esecuzione delle stesse, la mancata comunicazione dei dati a soggetti che svolgono ulteriori attività, non funzionalmente collegate all'esecuzione del rapporto.

d) I soggetti ai quali i Suoi dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati sono le seguenti:
   - Professionisti, consulenti incaricati dell'esecuzione delle prestazioni di assistenza e consulenza in materia fiscale o contabili;
   - Strutture sanitarie incaricate dell'esecuzione e/o raccolta dati di parte delle prestazioni oggetto del contratto sottoscritto con l'utente;
   - Eventuali enti pubblici o autorità amministrative a seguito di ispezioni o verifiche.

e) I Suoi dati personali sensibili non saranno oggetto di diffusione.
   - Il titolare del trattamento dei Suoi dati è il Poliambulatorio Valentini Srl con sede a Padova in Piazzetta Conciapelli 23

f) Lei potrà far valere i Suoi diritti, così come disciplinati dall'art.7 del D. Lgs. 196/2003 e succ. modifiche, rivolgendosi all'Amministratore delegato domiciliato, per le disposizione di cui al D. Lgs. 196/2003 e succ. modifiche, presso la sede della nostra Società.

Consenso dell'interessato al trattamento dei propri dati comuni e sensibili

Il/La sottoscritto/a, acquisite le informazioni di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 e succ. modifiche, acconsente al trattamento dei propri dati personali, dichiarando di aver avuto, in particolare, conoscenza che alcuni dei dati medesimi rientrano nel novero dei "dati sensibili" di cui all'art. 4, comma 1, lettera d), del decreto citato, vale a dire i dati "idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale".

L'Atleta _____

Esprime il consenso

affinché il titolare proceda ai trattamenti dei propri dati personali comuni e sensibili, secondo le modalità e finalità risultanti dalla presente scheda informativa. Dichiara inoltre di aver preso visione dell'articolo 7 del D. Lgs 196/2003 e succ. modifiche, contenente i diritti dell'interessato esposto in bacheca c/o la struttura.

Data _____ **Firma leggibile** _____

VALENTINI
POLIAMBULATORIO

ESAME SPIROMETRICO

COGNOME:

NOME:

DATA DI NASCITA:

DATA:

I dati volumetrici, l'indice di Tiffeneau ed i valori di meccanica respiratoria, sono stati misurati con lo spirometro COSMED PONY. Lo studio è stato eseguito in condizioni di base ed eventualmente dopo la somministrazioni di 200 microgrammi di solbutamolo aereo solizzato. Valori attesi di riferimento CECA 1983.

FUMA : ☐ SI quante ☐ NO

HA FUMATO PRIMA DELLA PROVA?

☐ SI ☐ NO

FLOGOSI ACUTA DELLE VIE AEREE?

☐ SI ☐ NO

NOTE: _____

DIAGNOSI:

Firma del Medico

_____

VALENTINI
POLIAMBULATORIO

Dott. Bruno Canciani
Medico Chirurgo
Specialista in Medicina dello Sport

AUTOCERTIFICAZIONE COVID-ORIENTED

AI FINI DELLA EFFETTUAZIONE DELLE VISITE MEDICHE SPORTIVE AGONISTICHE E NON AGONISTICHE

(secondo le Linee di indirizzo della giunta della Regione del Veneto del 12/05/2020 prot. 0187609)

Data: ___/___/20___

Cognome: _____Nome: _____
Data di nascita: ___/___/_____
sesso: M☐ F☐
Tel: _____ E-mail: _____
Medico curante_____

1.	**É stato affetto da malattia covid-19 o sospetta covid-19?**	SI	NO
	Se si è stato sottoposto ad esame con "tampone nasofaringeo"?	SI	NO
	Se si, con quale iter e quale/i esito\i? (ricovero ospedaliero, cura a domicilio, quanti tamponi eseguiti?)		

2.	**Un componente convivente della sua famiglia o persona con la quale ha avuto contatti stretti negli ultimi 21 giorni è stato affetto da malattia covid-19 confermata, sospetta o probabile?**	SI	NO

3.	**Negli ultimi 21 giorni ha accusato uno o più dei seguenti sintomi? (spuntare le caselle corrispondenti)**
☐	Febbre (ascellare oltre 37.5°)
☐	Facile affaticamento
☐	Tosse secca o con espettorato
☐	Dolori muscolari
☐	Alterazione del gusto
☐	Alterazione dell'olfatto
☐	Diarrea e/o vomito

Nel caso l'atleta abbia indicato di essere stato COVID positivo, o di aver avuto sintomi attribuibili all'infezione da Covid-19, o di aver avuto contatti a rischio, NON SI PROCEDERA' CON LA VISITA.

Dichiara ciò che ho sottoscritto coincide con la verità

Firma_____
(in caso di minore grado di parentela_____)

VALENTINI
POLIAMBULATORIO

Allegato A

DICHIARAZIONE

Il/La sottoscritto/a_____

Nato/a a _____ il _____

Dichiara di essere stato/a informato/a dal Dott. Bruno Canciani Specialista in Medicina dello Sport, dei possibili rischi per la salute, anche a distanza di tempo, conseguenti all'infezione da Sars-COV-2.

Pertanto, ai fini della salvaguardia della salute, si impegna a comunicare, oltre che al Medico di Medicina Generale o al Pediatra di Libera Scelta, al Medico Sociale (ove presente) della Società/Federazione Sportiva Nazionale/Ente di Promozione Sportiva/Disciplina Sportiva Associata e al Medico Specialista in Medicina dello Sport/Struttura di Medicina dello Sport che ha rilasciato la certificazione d'idoneità, una eventuale positività al Covid-19 (anche in assenza di sintomi) o del sopraggiungere di sintomatologia riferibile (tra i quali, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, temperatura corporea > 37,5 °C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia – disturbi dell'olfatto, ageusia – disturbi del gusto) comparsi successivamente alla data della visita odierna.

_____
Data e Luogo

_____
L'interessato *

** in caso di minore, è necessaria anche la firma dei genitori o dell'esercente la responsabilità genitoriale*

_____
I Genitori *o l'esercente la responsabilità genitoriale*
(in caso di atleta minore)

_____
Il Medico Specialista in Medicina dello Sport

VALENTINI
POLIAMBULATORIO

Allegato B

DICHIARAZIONE

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il _____

Dichiarato/a **Idoneo/a** alla pratica sportiva agonistica per lo sport

_____

in data _____ dal Dott. Bruno Canciani.

DICHIARA

☐ di aver riscontrato positività al COVID-19 (anche in assenza di sintomi) in data_____

☐ di aver accusato sintomatologia riferibile al COVID-19 (tra i quali, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, temperatura corporea > 37,5 °C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia – disturbi dell'olfatto, ageusia – disturbi gusto) comparsa successivamente alla data di rilascio della certificazione di idoneità alla pratica dell'attività sportiva agonistica

_____
Data e Luogo

_____
L'interessato *
** in caso di minore, è necessaria anche la firma dei genitori o dell'esercente la responsabilità genitoriale*

_____
I Genitori *o l'esercente la responsabilità genitoriale*
(in caso di atleta minore)

VALENTINI
POLIAMBULATORIO

Allegato C

ATTESTAZIONE RETURN TO PLAY

Il Sottoscritto Dott. Bruno Canciani Medico Specialista in Medicina dello Sport

ATTESTA

che l'Atleta _____

Nato a _____

Il _____

Dichiarato dal sottoscritto **Idoneo** alla pratica sportiva agonistica per lo sport

_____

in data _____

a seguito della visita medica da me effettuata in data _____ e degli accertamenti presi in visione può riprendere la pratica dello sport agonistico.

_____
Data e Luogo

_____
Il Medico *(Firma e Timbro)*