

## Questionario anamnestico agonistico

### A. Storia familiare

Domande		Risposte	
Hai un qualsiasi membro della famiglia o parente morto per problemi cardiaci o che ha avuto una morte improvvisa inaspettata o inspiegabile prima dell'età di 50 anni (compreso infarto miocardico prematuro, annegamento, incidente d'auto inspiegato, o sindrome della morte improvvisa infantile)?		<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
Hai un qualsiasi membro della famiglia o parente con	inspiegabili svenimenti, crisi convulsive, incidenti d'auto inspiegati, pre-annegamento?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
	qualche problema cardiaco invalidante, pacemaker o defibrillatore impiantati, trapianto cardiaco, chirurgia cardiaca, o trattato per battito cardiaco irregolare (aritmie)?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
	cardiomiopatia ipertrofica, cardiomiopatia dilatativa, sindrome di Marfan, cardiomiopatia aritmogena del ventricolo destro, sindrome del QT lungo, sindrome del QT corto, sindrome di Brugada, tachicardia ventricolare polimorfa catecolaminergica, cardiopatia ischemica <55 anni se maschi, <65 se femmine?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
	diabete, tumori, ipertensione arteriosa (pressione alta), asma e malattie allergiche, malattie respiratorie, malattie neurologiche, malattie del sangue?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI

### B. Storia personale

Domande		Risposte	
Hai mai avuto perdita dei sensi (svenimento-sincope) o quasi perdita dei sensi (quasi svenimento sincope)?	durante esercizio-sforzo fisico	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
	dopo esercizio-sforzo fisico	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
	non correlato all'esercizio-sforzo fisico	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
Hai mai avuto malessere, dolore al torace, pressione o costrizione toracica?	durante esercizio-sforzo fisico	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
	dopo esercizio-sforzo fisico	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
	non correlato all'esercizio-sforzo fisico	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
Hai mai avuto capogiri, vertigini?	durante esercizio-sforzo fisico	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
	dopo esercizio-sforzo fisico	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
	non correlato all'esercizio-sforzo fisico	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI



# VALENTINI POLIAMBULATORIO

Hai mai avuto fiato corto (affanno) o fatica eccessiva, più di quello che ti aspettavi o superiore ai tuoi compagni?	durante esercizio-sforzo fisico	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
	dopo esercizio-sforzo fisico	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
	non correlato all'esercizio-sforzo fisico	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
Hai mai avuto problemi respiratori (difficoltà di respiro, costrizione toracica, fischi, tosse)?	durante esercizio-sforzo fisico	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
	dopo esercizio-sforzo fisico	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
	non correlato all'esercizio-sforzo fisico	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
Hai mai avuto un battito cardiaco troppo accelerato (palpitazioni, cardiopalmo) o che salti qualche battito (battiti irregolari-extrasistoli)?	durante esercizio-sforzo fisico	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
	non correlato all'esercizio-sforzo fisico	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
Un medico ti ha mai detto che hai qualsiasi problema cardiaco, pressione arteriosa alta, colesterolo alto, un soffio al cuore, una aritmia cardiaca, una infezione al cuore nell'ultimo mese (ad esempio miocardite, mononucleosi), una crisi convulsiva inspiegata, febbre reumatica?		<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
Un medico ti ha mai detto che hai asma, crisi convulsive, epilessia, problemi di salute che impediscono lo sport, diabete, obesità, malattie ortopediche, malattie neurologiche, malattie respiratorie?		<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
Un medico ti ha mai ordinato un test per il cuore, per esempio ECG (elettrocardiogramma), Holter (registrazione dell'elettrocardiogramma per 24 ore) o ecocardiogramma?		<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
Hai qualche allergia (per esempio pollini, polvere, medicine, cibi, punture d'insetto)?		<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
Hai mai avuto arrossamenti, orticaria o eruzioni cutanee durante o dopo esercizio-sforzo fisico?		<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
Attualmente stai facendo qualche cura, usando farmaci (qualsiasi tipo) su prescrizione medica o "da banco" (senza ricetta) o pillole o inalatori?		<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI

## C. Storia sportiva

tipo di sport	ruolo/specialità	dall'età in anni	all'età in anni	durata allenamento in minuti	n. allenamenti alla settimana	n. competizioni alla settimana



## D. Altre notizie

professione	<input type="text"/>	esposizione a rischi	<input type="text"/>	da anni	<input type="text"/>
Peso in Kg	<input type="text"/>	Altezza in cm	<input type="text"/>	Eventuali farmaci	<input type="text"/>
Fumo				<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
sigarette al giorno	<input type="text"/>	Da anni	<input type="text"/>	Età inizio	<input type="text"/>
Alcool				<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
quantità al giorno	<input type="text"/>	Da anni	<input type="text"/>	Età inizio	<input type="text"/>
Stupefacenti				<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
modalità	<input type="text"/>	Da anni	<input type="text"/>	Età inizio	<input type="text"/>

### Io sottoscritto dichiaro:

- di aver informato esattamente il medico delle mie attuali condizioni psicofisiche e delle affezioni precedenti;
- di non essere mai stato dichiarato non idoneo in precedenti visite sportive di legge;
- mi impegno 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 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)



## RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITÀ ALLO SPORT AGONISTICO

### L'ATLETA:

COGNOME  NOME   
DOCUMENTO N.  TELEFONO   
NATO A  IL   
RESIDENTE A  CAP   
VIA  N.   
ULSS DI RESIDENZA

### CHIEDE L'IDONEITÀ ALLA PRATICA AGONISTICA

DELLO SPORT   
SOCIETÀ SPORTIVA

#### 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;
- a) 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
- b) 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.
- c) I soggetti ai quali i Suoi dati personali possono essere comunicati o che possono venire 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/ULSS 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.
- d) 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
- a) 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 disposizioni 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".

#### 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. Dichiaro 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 \_\_\_\_\_



Poliambulatorio Valentini S.r.l. a socio unico – Piazzetta Conciapelli, 23 – 35137 Padova

Codice fiscale, partita IVA e n° Reg. Impr. 04768260285

REA 416930 CCIAA PD – Cap. soc. € 10.000,00 i.v. – T 049 8750661 r.a. – F 049 8755921 – www.poliambulatoriovalentini.it