

Questionario anamnestico

Le chiediamo di compilare il questionario in ogni sua parte, con precisione e sincerità: le informazioni fornite sono coperte da segreto professionale e vengono utilizzate esclusivamente a fini clinici. Se risponde **Sì** a una domanda, utilizzi lo spazio sottostante per indicare i dettagli.

DATI DELL'ATLETA

COGNOME

NOME

DATA DI NASCITA

STORIA FAMILIARE

Risponda in base a quanto è a Sua conoscenza sui Suoi familiari (genitori, nonni, zii, fratelli e sorelle).

DOMANDA	SÌ	NO
1 In famiglia ci sono stati decessi per problemi cardiaci, oppure morti improvvise, inaspettate o inspiegate prima dei 50 anni di età (incluso infarto miocardico precoce, annegamento, incidente d'auto inspiegato o sindrome della morte improvvisa infantile)?	☐	☐
SE SÌ, SPECIFICARE		
2 In famiglia ci sono casi di svenimenti inspiegabili, crisi convulsive, incidenti d'auto inspiegati o quasi annegamenti?	☐	☐
SE SÌ, SPECIFICARE		
3 In famiglia ci sono casi di malattie cardiache invalidanti, pacemaker o defibrillatore impiantato, trapianto cardiaco, interventi di chirurgia cardiaca, o cure per aritmie (battito cardiaco irregolare)?	☐	☐
SE SÌ, SPECIFICARE		
4 In famiglia sono note diagnosi di cardiomiopatia ipertrofica o dilatativa, sindrome di Marfan, cardiomiopatia aritmogena del ventricolo destro, sindrome del QT lungo o corto, sindrome di Brugada, tachicardia ventricolare polimorfa catecolaminergica, oppure cardiopatia ischemica insorta prima dei 55 anni (uomini) o dei 65 anni (donne)?	☐	☐
SE SÌ, SPECIFICARE		
5 In famiglia sono presenti casi di diabete, tumori, ipertensione arteriosa (pressione alta), asma o allergie, malattie respiratorie, neurologiche o del sangue?	☐	☐
SE SÌ, SPECIFICARE		

STORIA PERSONALE

Le domande seguenti riguardano la Sua storia clinica personale.

DOMANDA	sì	NO
1 Ha mai avuto una perdita di coscienza (svenimento/sincope) o una sensazione di quasi svenimento? SE SÌ, SPECIFICARE _____	☐	☐
2 Ha mai avuto un malessere, dolore al torace, senso di pressione o costrizione toracica? SE SÌ, SPECIFICARE _____	☐	☐
3 Ha mai avuto capogiri o vertigini? SE SÌ, SPECIFICARE _____	☐	☐
4 Ha mai avuto fiato corto (affanno) o una fatica eccessiva, superiore a quella attesa o rispetto ai Suoi compagni? SE SÌ, SPECIFICARE _____	☐	☐
5 Ha mai avuto problemi respiratori (difficoltà a respirare, costrizione toracica, respiro sibilante, tosse)? SE SÌ, SPECIFICARE _____	☐	☐
6 Ha mai avuto un battito cardiaco troppo accelerato (palpitazioni, cardiopalmo) o irregolare, con la sensazione che salti qualche battito (extrasistole)? SE SÌ, SPECIFICARE _____	☐	☐
7 Un medico Le ha mai detto che ha un problema cardiaco, la pressione arteriosa alta, il colesterolo alto, un soffio al cuore, un'aritmia cardiaca, un'infezione cardiaca nell'ultimo mese (ad esempio miocardite o mononucleosi), una crisi convulsiva inspiegata o la febbre reumatica? SE SÌ, SPECIFICARE _____	☐	☐
8 Un medico Le ha mai detto che ha asma, epilessia o crisi convulsive, diabete, obesità, malattie ortopediche, neurologiche o respiratorie, oppure altri problemi di salute che limitano l'attività sportiva? SE SÌ, SPECIFICARE _____	☐	☐
9 Un medico Le ha mai prescritto un esame cardiologico, ad esempio ECG (elettrocardiogramma), Holter (registrazione dell'elettrocardiogramma nelle 24 ore) o ecocardiogramma? SE SÌ, SPECIFICARE _____	☐	☐
10 Ha allergie note (ad esempio a pollini, polvere, farmaci, alimenti, punture d'insetto)? SE SÌ, SPECIFICARE _____	☐	☐
11 Ha mai avuto arrossamenti, orticaria o eruzioni cutanee durante o dopo lo sforzo fisico? SE SÌ, SPECIFICARE _____	☐	☐
12 Sta attualmente seguendo una cura o assumendo farmaci di qualsiasi tipo, su prescrizione medica o da banco (senza ricetta), comprese pillole o inalatori? SE SÌ, SPECIFICARE _____	☐	☐

ALTRE NOTIZIEPESO (KG) ALTEZZA (CM) Fuma? sì ☐ NO ☐SIGARETTE AL GIORNO DA QUANTI ANNI ETÀ DI INIZIO ETÀ DI FINE (SE HA SMESSO) Beve alcolici? sì ☐ NO ☐QUANTITÀ ETÀ DI INIZIO ETÀ DI FINE (SE HA SMESSO) Utilizza stupefacenti? sì ☐ NO ☐SE SÌ, QUALI

Quanti caffè beve al giorno?

☐ Nessuno ☐ 1-3 caffè ☐ 3-5 caffè ☐ Oltre 5 caffè**DA COMPILARE SOLO DALLE ATLETE**ETÀ DELLA PRIMA MESTRUAZIONE DATA DELL'ULTIMA MESTRUAZIONE Soffre di disturbi del ciclo? sì ☐ NO ☐Assume anticoncezionali? sì ☐ NO ☐**DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ**

Il sottoscritto / la sottoscritta dichiara:

1. di aver informato in modo completo e veritiero il medico circa le proprie attuali condizioni psicofisiche e le patologie pregresse;
2. di non essere mai stato dichiarato/a non idoneo/a in precedenti visite sportive di legge;
3. di impegnarsi a non fare uso di sostanze stupefacenti illegali, dichiarando di essere informato/a sui rischi legati al fumo di tabacco e al consumo di alcol.

DATA (GG/MM/AAAA)

FIRMA

Del genitore/tutore se l'atleta è minorenne.

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e del D.Lgs. 196/2003, come modificato dal D.Lgs. 101/2018.

Il **Poliambulatorio Valentini Srl**, con sede a Padova in Piazzetta Conciapelli 23, in qualità di Titolare del trattamento, La informa che i Suoi dati personali — compresi i dati relativi allo stato di salute, appartenenti alle categorie particolari di dati di cui all'art. 9 GDPR — saranno trattati secondo i principi di correttezza, liceità, trasparenza e tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

FINALITÀ E BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO

I dati sono raccolti e trattati per: a) l'erogazione della prestazione sanitaria richiesta, ossia la visita per l'idoneità alla pratica sportiva non agonistica e i relativi accertamenti (base giuridica: art. 9, par. 2, lett. h GDPR — finalità di medicina preventiva, diagnosi e cura); b) gli adempimenti contrattuali connessi al rapporto di fornitura del servizio (art. 6, par. 1, lett. b GDPR); c) gli obblighi di legge in materia fiscale, contabile e amministrativa, quali fatturazione, registrazioni obbligatorie e pagamenti (art. 6, par. 1, lett. c GDPR).

MODALITÀ DEL TRATTAMENTO

Il trattamento è effettuato da personale espressamente autorizzato e istruito, sia in forma cartacea sia mediante sistemi automatizzati predisposti per memorizzare, gestire e trasmettere i dati, con logiche strettamente correlate alle finalità sopra indicate e con misure tecniche e organizzative adeguate a garantirne la sicurezza.

NATURA DEL CONFERIMENTO E CONSEGUENZE DEL RIFIUTO

Il conferimento dei dati, compresi quelli relativi allo stato di salute, è necessario per l'erogazione della prestazione sanitaria richiesta. Il rifiuto di fornirli comporta l'impossibilità di effettuare la visita, di rilasciare il relativo certificato di idoneità e di dare seguito al rapporto, nonché l'impossibilità di eseguire le operazioni che presuppongono la comunicazione dei dati ai soggetti indicati di seguito.

COMUNICAZIONE E DIFFUSIONE DEI DATI

I Suoi dati possono essere comunicati, per le finalità sopra indicate, a: professionisti e consulenti incaricati delle prestazioni di assistenza fiscale e contabile; strutture sanitarie e ULSS competenti, incaricate dell'esecuzione o della raccolta dei dati di parte delle prestazioni; enti pubblici e autorità amministrative, a seguito di ispezioni, verifiche o altri obblighi di legge. I dati appartenenti alle categorie particolari (dati sensibili) **non sono in alcun caso oggetto di diffusione**.

PERIODO DI CONSERVAZIONE

I dati sono conservati per il tempo necessario alle finalità indicate e comunque nei termini previsti dalla normativa sanitaria vigente per la documentazione clinica e dalla normativa fiscale e civilistica per i documenti contabili.

DIRITTI DELL'INTERESSATO

In qualsiasi momento può esercitare i diritti previsti dagli artt. 15-22 del GDPR — accesso ai dati, rettifica, cancellazione, limitazione del trattamento, opposizione e portabilità — rivolgendosi al Titolare del trattamento, nella persona dell'Amministratore delegato, domiciliato a tal fine presso la sede della Società. Ha inoltre diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali (www.garanteprivacy.it).

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver letto e compreso l'informativa sopra riportata e, consapevole che il trattamento riguarda anche dati idonei a rivelare lo stato di salute (categorie particolari di dati ex art. 9 GDPR), **esprime il proprio consenso** al loro trattamento secondo le modalità e le finalità indicate. La firma apposta in calce vale come consenso.

FIRMA LEGGIBILE

DATA (GG/MM/AAAA)

Del genitore/tutore se l'atleta è minorenne.