

CONSENSO INFORMATO

INFORMAZIONI SULLE MODALITA' DELLA VISITA MEDICA PER L'ACCERTAMENTO DELL'IDONEITA' ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ SPORTIVA AGONISTICA.

La visita prevede: raccordo anamnestico, visita medica con esame obiettivo e rilevazione della pressione arteriosa, misurazioni antropometriche (peso, altezza), controllo esame urine per presa visione del referto dell'esame, ECG a riposo e durante sforzo (per le discipline per cui è previsto) ed esame spirometrico.

Per le discipline sportive agonistiche nella **Tab. B**, la normativa prevede l'esecuzione del test da sforzo per la valutazione dell'apparato cardiovascolare.

Tecnicamente il test da sforzo viene eseguito, con monitoraggio elettrocardiografico in continuo (telemetria), utilizzando lo step test o il cicloergometro o il cicloergometro a manovella, con valutazione anche della fase di recupero passivo dopo lo sforzo.

Lo **step test** consiste nel salire e scendere da un gradino (di altezza variabile, in relazione alla statura, età e genere dell'atleta) 30 volte al minuto, per tre minuti.

Il **test al cicloergometro** consiste nel pedalare con carichi crescenti (l'entità della resistenza imposta è in relazione ad età, genere e grado di allenamento riferito) per circa 10 minuti, fino al raggiungimento di una frequenza cardiaca pari allo 85% della massima teorica.

Il **test all'ergometro a manovella** (dedicato agli atleti che non hanno l'uso degli arti inferiori) consiste nel girare le manovelle con le braccia, con carichi crescenti (l'entità della resistenza imposta è in relazione ad età, genere e grado di allenamento riferito) per circa 10 minuti, fino al raggiungimento di una frequenza cardiaca pari al 75% della massima teorica.

Il test da sforzo può essere seguito da lievi disturbi transitori (malessere, debolezza, crampi alle gambe, dolore toracico). Da quanto riportato nella letteratura scientifica, l'eventualità di morte improvvisa risulta assolutamente eccezionale. Viene riportata una frequenza di circa un caso ogni 80.000 esami (GH Kimberly, 2014). A fronte di tale evidenza scientifica, per la maggiore sicurezza dell'atleta, il test viene eseguito soltanto al termine di un'accurata visita medica e dopo l'ECG a riposo. Inoltre, il medico è sempre presente ed il personale ha a disposizione le opportune attrezzature per l'emergenza.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il ____ / ____ / ____ ,residente a _____ , in Via _____

padre / madre / tutore di _____, nato/a a _____ il _____

DICHIARA:

- di ESSERE STATO INFORMATO in modo chiaro e comprensibile, a voce e per iscritto, sullo svolgimento e sui rischi della visita medico sportiva (D.M. 18/02/1982 e DGR 775/2004 e succ. int.) e i relativi accertamenti;
- di AVERE OTTENUTO RISPOSTE E SPIEGAZIONI, CHE HA BEN COMPRESO, ad eventuali richieste di chiarimenti;

Pertanto, in accordo con l'altro genitore dal sottoscritto consultato, dichiara consapevolmente di

ACCONSENTIRE

NON ACCONSENIRE

(barrare con una x la voce che interessa)

all'esecuzione della visita medica come sopra descritta

INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI

Ai sensi degli ARTT. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679, i dati personali conferiti sono trattati esclusivamente per LO SVOLGIMENTO DELLA VISITA E DEGLI ACCERTAMENTI PER L'IDONEITA' AGONISTICA/NON AGONISTICA ALLO SPORT. I DATI, PREVIA ANONIMIZZAZIONE, POSSONO ESSERE TRATTATI ANCHE PER FINALITA' STATISTICA, SCIENTIFICA E DI RICERCA. La base giuridica che conferisce liceità alle operazioni di trattamento è LO SVOLGIMENTO DI COMPITI DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE. Titolare del trattamento è l'Azienda USL di Parma.

Informazioni dettagliate sul trattamento dei dati sono consultabili sul sito www.ausl.pr.it.

Data _____

Firma leggibile del genitore o
esercente la responsabilità genitoriale

Firma e timbro del MEDICO CHE ACQUISISCE IL CONSENSO

NB.

- 1) **IL PRESENTE MODULO DEVE ESSERE CONSEGNATO COMPILATO E FIRMATO.**
- 2) **I MINORI VENGONO VISITATI ESCLUSIVAMENTE IN PRESENZA DEL GENITORE/ESERCENTE LA RESPONSABILITA' GENITORIALE/DELEGATO.**
- 3) **IN ASSENZA DEL GENITOR/ESERCENTE LA RESPONSABILITA' GENITORIALE/DELEGATO O DELLA MODULISTICA COMPLETA NON SARA' POSSIBILE EFFETTUARE LA VISITA.**

**VISITA ED ACCERTAMENTI PER IDONEITA' AGONISTICA ALLO SPORT PER MINORENNE:
AUTODICHIARAZIONE DATI SANITARI.**

Si richiede la lettura, la compilazione e la firma in ogni parte in cui è richiesta.

N.B. Si ricorda di essere presenti in ambulatorio 10 minuti prima dell'orario della visita

ISTRUZIONI PER LA CORRETTA COMPILAZIONE: per ogni voce bisogna barrare con una **X** il **NO** oppure il **SI**, si prega di non lasciare in bianco nessuna voce, a meno di dubbi che possono essere chiariti dal medico al momento della visita.

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____, il _____

GENITORE/esercente la responsabilità genitoriale
DELL'ATLETA _____

nato a _____ PR. _____ il ____/____/____,

Codice Fiscale (dell'atleta): _____; C. d'identità (dell'atleta): _____

tel/cell. (del genitore/es. responsabilità genitoriale) _____; e-mail _____

DICHIARA QUANTO SEGUE

in accordo con l'altro genitore (dal sottoscritto consultato)

Quella odierna è la prima visita di idoneità agonistica? NO SI	Ha fatto la visita di idoneità agonistica presso altri centri ? NO SI	E' mai risultato non idoneo ? NO SI Motivo:.....
---	--	--

1) Anamnesi familiare (informazioni sanitarie sulla famiglia: genitori, zii, nonni, fratelli, sorelle dell'atleta che sono stati o sono affetti dalle malattie di seguito riportate):

Nel caso, indicare se l'atleta è stato adottato/in affido , all'età di _____ anni

I DATI SONO VARIATI RISPETTO ALLA VISITA PRECEDENTE? NO SI

Malattie di cuore: NO SI Chi?	Pressione alta: NO SI Chi?	Ictus: NO SI Chi?	Morti improvvise NO SI Chi, a che età
Aritmie: NO SI Chi?	Colesterolo alto: NO SI Chi?	Problemi renali: NO SI Chi?	Altro: NO SI
Infarto: NO SI Chi?	Diabete: NO SI Chi?	Problemi tiroidei: NO SI Chi?	

2) Anamnesi fisiologica (dati fisiologici dell'atleta):

IN CASO DI VISITA SUCCESSIVA, I DATI SONO VARIATI RISPETTO ALLA VISITA PRECEDENTE? NO SI

Nato da parto: Naturale? NO SI Gemellare? NO SI Cesareo? NO SI Prematuro? NO SI	Età primo ciclo mestruale:... anni	Cicli di ritorno regolari NO SI Irregolari NO SI per periodicità NO SI per durata NO SI per quantità NO SI
Esegue annualmente bilancio della salute dal medico curante? NO SI		

Dieta varia NO SI priva di latticini NO SI priva di glutine NO SI Altro.....	Digestione: regolare NO SI lenta NO SI Bruciori gastrici NO SI Altro.....	Alvo: regolare NO SI tendenzialmente stitico NO SI stitico NO SI diarroico NO SI Altro.....
Diuresi fisiologica NO SI Minzione notturna >1 NO SI Altro.....	Sonno: fisiologico NO SI Difficoltà nell'addormentamento NO SI Risvegli notturni NO SI Altro.....	

3) Informazioni sulle abitudini dell'atleta:

Fumo NO SI num. sig./die.....	Usa integratori NO SI <input type="checkbox"/> vitaminici <input type="checkbox"/> salini <input type="checkbox"/> proteici <input type="checkbox"/> Altro.....	Assume farmaci: NO SI, specificare:.....
Alcol NO SI <input type="checkbox"/> occasionale <input type="checkbox"/> moderato <input type="checkbox"/> spesso	Ore attività sportiva organizzata a settimana <input type="checkbox"/> 0-4 <input type="checkbox"/> 6-8 <input type="checkbox"/> 8-12 <input type="checkbox"/> più di 12	Ore attività fisica libera a settimana <input type="checkbox"/> 0-3 <input type="checkbox"/> 3-6 <input type="checkbox"/> più di 6
		Da quanti anni pratica attività sportiva organizzata?.....

4)Anamnesi patologica (raccolta dati patologici riguardanti l'atleta):

<p>Ha eseguito le vaccinazioni obbligatorie? NO SI</p> <p>Eventualmente ha avuto:</p> <p>Varicella NO SI</p> <p>Parotite NO SI</p> <p>Mononucleosi NO SI</p> <p>a che età?</p> <p>Altro:.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Malattie di cuore: NO SI</p> <p>Soffio NO SI</p> <p>Valvole NO SI</p> <p>Aritmie NO SI</p> <p>Miocardite NO SI</p> <p>Pericardite NO SI</p> <p>Altro:.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Malattie apparato respiratorio: NO SI</p> <p>Tonsilliti: NO SI</p> <p>Sinusiti: NO SI</p> <p>Bronchiti:NO SI</p> <p>Polmoniti:NO SI</p> <p>Asma da sforzo: NO SI</p> <p>Asma allergico:NO SI</p> <p>Altro.....</p> <p>.....</p>	<p>Manifestazioni anomale durante attività sportiva: NO SI</p> <p>Svenimenti NO SI</p> <p>Dispnea: NO SI</p> <p>Dolore al petto: NO SI</p> <p>Palpitazioni:NO SI</p> <p>Vertigini: NO SI</p> <p>Altro.....</p> <p>.....</p>
--	---	---	--

<p>Malattie intestino:NO SI</p> <p>Salmonellosi NO SI</p> <p>M. Celiaco NO SI</p> <p>Gastrite NO SI</p> <p>Epatiti, quali:</p> <p>A NO SI</p> <p>B NO SI</p> <p>C NO SI</p> <p>Altro.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Malattie renali: NO SI</p> <p>Sangue nelle urine NO SI</p> <p>Proteine nelle urine NO SI</p> <p>Altro.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Allergie: NO SI</p> <p>Allergia cutanea NO SI</p> <p>Allergia respiratoria NO SI</p> <p>shock allergico NO SI</p> <p>Altro:</p> <hr/> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Apparato locomotore:</p> <p>Scoliosi NO SI</p> <p>Dorso Curvo NO SI</p> <p>Scapole alate NO SI</p> <p>Piede piatto NO SI</p> <p>Piede cavo NO SI</p> <p>Altro.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
--	--	--	--

<p>Apparato neurologico:</p> <p>Mal di testa NO SI</p> <p>Convulsioni NO SI</p> <p>Epilessia NO SI</p> <p>Trauma cranico NO SI</p> <p>Altro.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Malattie tiroide NO SI</p> <p>Diabete NO SI</p> <p>Altro.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Febbre reumatica NO SI</p> <p>Altro.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Anemia NO SI</p>	<p>Disturbi visivi NO SI</p> <p>Miopia NO SI</p> <p>Astigmatismo NO SI</p> <p>Ipermetropia NO SI</p> <p>Visus corretto</p> <p>OD...../10</p> <p>OS...../10</p> <p>Difficoltà visione</p> <p>colori NO SI</p>	<p>Disturbi orecchio NO SI</p> <p>Otiti NO SI</p> <p>Riduzione udito NO SI</p> <p>Sordità NO SI</p> <p>Altro.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
--	--	--	--

Ricoveri per interventi chirurgici NO SI	Adenoidi	NO	SI	Altri interventi NO SI, specificare:.....
	Tonsille	NO	SI	
	Appendicite	NO	SI	
	Ernia inguinale	NO	SI	
Ha avuto traumi? NO SI	Distorsioni	NO	SI,	specificare:..... Fratture NO SI, specificare:..... Lesioni muscolari NO SI, specificare:..... Lesioni articolari NO SI, specificare:.....
Alle precedenti visite mediche le hanno mai prescritto uno o più dei seguenti esami?				
Ecocardiocolordoppler		NO	SI,	specificare:.....
Holter cardiaco delle 24 ore		NO	SI,	
Holter pressorio delle 24 ore		NO	SI,	specificare:.....
Test ergometrico massimale		NO	SI,	
RMN cardiaca		NO	SI,	specificare:.....
Altro				
.....				
.....				

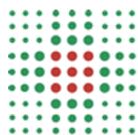
DICHIARA INOLTRE:

di aver riferito al medico tutte le informazioni relative alle condizioni psico-fisiche attuali e pregresse del minore e che lo stesso non è mai stato dichiarato NON idoneo in precedenti visite per l'accertamento dell'idoneità agonistica allo sport;

in qualità di esercente la responsabilità genitoriale dell'atleta, e ,informato dei rischi derivanti dal fumo di tabacco, dall'abuso di alcol e dall'uso/pratiche di sostanze/pratiche dopanti, di adoperarsi per quanto possibile a non fargli/le fare uso di tabacco, bevande alcoliche, sostanze/pratiche dopanti.

Data _____

Firma del genitore o
 esercente responsabilità genitoriale



U.O. Medicina dello Sport - AUSL Parma
Richiesta di esame urine completo per idoneità sportiva agonistica
(Cod.esenzione I01)

PER ACCETTAZIONE e CONSEGNA CAMPIONE

(Compilare IN STAMPATELLO il presente modulo con i dati dell'atleta)

Cognome _____ Nome _____

C. F. _____

Data di nascita (g/m/a.) ____/____/____ sesso M F (barrare)

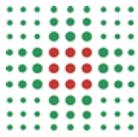
IMPORTANTE

PRESENTARE SEMPRE LA TESSERA SANITARIA

Consegnare le urine in laboratorio almeno 10 giorni prima della visita medica.

Per la corretta esecuzione del test deve essere raccolta la prima urina del mattino, immediatamente dopo il risveglio, a distanza di almeno 24-48 ore da uno sforzo (allenamento, gara).

Le atlete devono effettuare l'esame lontano dal ciclo mestruale (almeno 7 – 10 giorni dal termine).



DELEGA RITIRO REFERTI

DATA PREVISTA CONSEGNA REFERTI: _____

PRESSO: _____

ORARIO APERTURA SEGRETERIA PER

RITIRO: _____

Si informa che, per tutelare la riservatezza dei dati personali, il referto può essere ritirato solo dalla persona direttamente interessata, provvista di documento di identità valido da esibire o da persona delegata.

In caso di delega, la persona delegata deve presentarsi munita di:

- copia del documento d'identità, in corso di validità, del delegante (da allegare);
- originale o copia del proprio documento di identità, in corso di validità (da esibire) ;
- del presente modulo debitamente compilato.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____,
residente a _____, in Via _____ n. _____,
documento di riconoscimento _____ n. _____
rilasciato da _____ in data _____

in qualità di :

diretto interessato

genitore del minore _____

C.F. _____

tutore/amministratore di sostegno di _____

C.F. _____

RITIRO PERSONALMENTE IL REFERTO oppure

DELEGO

il Sig./la Sig.ra _____ nato/ a _____ il _____,
residente a _____, in Via _____ n. _____,
documento di riconoscimento _____ n. _____
rilasciato da _____ in data _____
al ritiro della seguente documentazione sanitaria _____
per le prestazioni effettuate in data _____

Il/la suddetto/a dichiara di essere informato, ai sensi e per effetti del GDPR UE 2016/679 (General Data Protection Regulation) e di acconsentire al trattamento dei dati personale e sensibili per i fini connessi alla richiesta di idoneità alla pratica sportiva agonistica, secondo le modalità di cui alla specifica materia, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Titolare del trattamento è l'Azienda USL di Parma. Informazioni dettagliate sul trattamento dei dati sono consultabili sul sito www.ausl.pr.it.

Data _____

Firma del delegante _____

Firma del delegato o di chi ritira il referto _____