

Ambulatorio di medicina dello sport

Cognome Nome..... Età Sesso M F
 Nato a il/..... /..... C.F.
 Documento di identità n con scadenza/...../..... rilasciato da
 Residente a Via CAP
 Cell. Tel..... Professione
 Sport praticato..... Società di appartenenza

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

A) IN FAMIGLIA CI SONO STATI CASI DI:

Pressione alta	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Chi:
Malattie di cuore	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Chi:
Diabete	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Chi:
TBC	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Chi:
Morte improvvisa giovanile	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Chi:
Malformazioni congenite	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Chi:

B) FATTORI DI RISCHIO:

Fumo	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Quante sigarette al giorno: Da quanti anni:
Alcolici	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Quantità e tipo:
Vaccinazione antitetanica:	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Anno ultima vaccinazione:
Allergie	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	A cosa:
Malattie di cuore	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Quali:
Malattie ai polmoni	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Quali:
Malattie ai reni	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Quali:
Soffri di qualche altra malattia	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Quale:

C) HAI MAI SUBITO:

Interventi chirurgici	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	
Quali:			Data:
Quali:			Data:
Quali:			Data:
Infortuni o lesioni gravi	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Data:
Traumi cranici	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Data:
Ricoveri in Ospedale	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Quando e perché:
Fai attualmente uso di farmaci?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	
Quali:			Dosi:
Quali:			Dosi:
Quali:			Dosi:

D) RISERVATO ALLE DONNE:

Ciclo mestruale	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Età prima mestruazione: Data ultima mestruazione: ____/____/____ Gravidanze (n°):
-----------------	-----------------------------	-----------------------------	---

E) ATTIVITA' SPORTIVA PER CUI SI RICHIEDE LA VISITA.....

Da quanti anni pratici questo sport? _____	Quando hai iniziato l'attività agonistica? _____		
Quante ore alla settimana ti alleni? _____	Quante volte alla settimana ti alleni? _____		
Hai già eseguito visite mediche di idoneità agonistica?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Quando (l'ultima volta): Dove (l'ultima volta):
Sei sempre stato dichiarato idoneo?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	
Sei stato sospeso?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Quando e perché:
Sei stato dichiarato non idoneo?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Quando e perché:
Ti sono stati richiesti accertamenti supplementari?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Quali?

Durante l'attività sportiva hai mai accusato:

Marcata mancanza di respiro	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	
Palpitazioni	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	
Senso di costrizione al centro del torace	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	
Svenimenti	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	
Grande o improvvisa stanchezza	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	
Dolore alle ossa ed alle articolazioni	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	
Attacchi epilettici	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	
Hai mai assunto sostanze medicinali per migliorare le tue prestazioni sportive?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	
Quali:			Dosi:
Quali:			Dosi:

IL SOTTOSCRITTO (O GENITORE IN CASO DI MINORE DI 18 ANNI) DICHIARA DI AVER INFORMATO CORRETTAMENTE IL MEDICO IN MERITO ALLE PROPRIE CONDIZIONI PSICOFISICHE, CHE QUANTO RIFERITO CORRISPONDE A VERITA' E DI NON AVER OMESSO NULLA CIRCA MALATTIE O MENOMAZIONI PREGRESSE O IN ATTO. INOLTRE DICHIARA DI NON AVER RICEVUTO IN ALTRA SEDE GIUDIZIO DI NON IDONEITA' ALLA PRATICA SPORTIVA. DICHIARA ANCHE DI IMPEGNARSI A NON FARE USO DI SOSTANZE RICONOSCIUTE ILLEGALI E DI ESSERE STATO INFORMATO DEI PERICOLI CHE DERIVANO DAL COSUMO DI ALCOL E SIGARETTE.

IL SOTTOSCRITTO SI IMPEGNA ALTRESI' A COMUNICARE LA PROPRIA EVENTUALE ASSENZA CON ALMENO 24 ORE DI PREAVVISO O SI VEDRA' ADDEBITARE COMUNQUE IL COSTO DELLA VISITA.

Data,

Firma
(o firma del genitore se minore di 18 anni)

Il giorno della visita è OBBLIGATORIO portare con sé:

- il presente questionario e l'allegato documento relativo al trattamento dei dati personali e al consenso informato adeguatamente compilati e firmati;
- un campione di urine raccolto in apposito contenitore;
- la tessera sanitaria, il codice fiscale, il tesserino comprovante l'avvenuta vaccinazione antitetanica;
- un documento di riconoscimento in corso di validità (es. carta d'identità, passaporto);
- eventuale altra documentazione sanitaria, in particolare precedenti elettrocardiogrammi e/o accertamenti cardiologici.

Si prega di indossare abbigliamento sportivo (tuta, pantaloncini e maglietta) e scarpe da ginnastica.

Dal momento che per migliorare gli standard d'igiene e qualità diagnostica verranno utilizzati degli elettrodi monouso adesivi si consiglia caldamente di presentarsi col torace preventivamente depilato.

Si consigliano le seguenti norme comportamentali:

- non mangiare immediatamente prima della visita (è concesso solo un piccolo spuntino 2-3 ore prima);
- non fumare da almeno 2 ore;
- non compiere sforzi muscolari di una certa importanza nelle ore precedenti;
- portare con sé una bottiglietta di acqua.

Ambulatorio di medicina dello sport

CONSENSO INFORMATO PER VISITE DI IDONEITA' SPORTIVA

Il sottoscritto _____

nato/a a _____ il ___/___/___

(in caso di genitore di minore di 18 anni) padre/madre di _____

nato/a _____ il ___/___/___

Dichiara di voler (sottoporre il/la proprio/a figlio/a) essere sottoposto agli accertamenti previsti dal Decreto Ministeriale 18/02/82 al fine di certificare l'idoneità a svolgere attività sportiva a livello agonistico.

Dichiara inoltre di essere stato informato che per completare l'accertamento (oltre ad anamnesi, esame obiettivo, spirometria, prova visiva, esame delle urine):

- 1) verrà eseguito un test consistente nel salire e scendere un gradino di altezza adatta alla statura, età e sesso per 90 volte in tre minuti (per gli over 35 il test con gradino verrà sostituito con test da sforzo su cicloergometro);
- 2) verrà eseguito un ECG completo prima e dopo il test suddetto;
- 3) verrà misurata la pressione arteriosa prima e dopo il test;
- 4) durante l'esecuzione del test verranno messe in atto le precauzioni necessarie a ridurre al minimo i rischi insiti nel test e che esso verrà sospeso dietro esplicita richiesta dell'interessato;
- 5) il test suddetto, come ogni altro test da sforzo, è potenzialmente rischioso, potendo essere seguito da disturbi (malessere, debolezza, crampi alle gambe, dolore toracico) ed in rarissimi casi da morte improvvisa.
- 6) acconsento ad eventuali misure terapeutiche che si rendessero necessarie ed opportune nel corso e dopo la realizzazione delle procedure.
- 7) dichiaro di aver letto e compreso quanto sopra espresso ed aver ottenuto risposta ad ogni mia richiesta o chiarimento.

Data, _____

Firma (o firma del genitore per i minori di 18 anni) _____

Firma del Medico, _____

INFORMATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Regolamento (UE) n. 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati

In ottemperanza al Regolamento Europeo n. 2016/679, ed in particolare ai sensi degli artt. 6, 9, 12, 13 e 14 del suddetto Regolamento, desideriamo informarla, in qualità di interessato, che il trattamento dei dati personali che la riguardano è realizzato nel rispetto delle condizioni di seguito esposte:

1. TITOLARE DEL TRATTAMENTO E DATI DI CONTATTO

Ai sensi dell'art. 4 del Regolamento Europeo n. 2016/679, il Titolare del Trattamento è **CENTRO MEDICO FRIULI COLLINARE S.R.L.** con sede in **Via Nazionale, 32 – 33030 Rive D'Arcano (UD)** telefono **3318286419** e mail **centromedicofriulicollinaresrl@pec.it**

Non sono previste e nominate le figure del Rappresentante del Titolare del Trattamento e del Responsabile della Protezione dei Dati.

2. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento dei dati da lei conferiti è finalizzato alla corretta e completa erogazione delle prestazioni sanitarie da lei richieste e di ciò che ne è correlato, ed è diretto esclusivamente al raggiungimento delle seguenti finalità:

- Prenotazione, registrazione e refertazione di esami clinici o visite specialistiche;
- Obblighi legali quali fatturazione, registrazioni contabili, pagamenti, invio di comunicati per promemoria;
- Invio materiale informativo e/o pubblicitario.

3. CATEGORIE DI DATI PERSONALI

La informiamo che i dati personali trattati saranno quelli da lei forniti ai fini dello svolgimento dei compiti descritti al punto "Finalità del trattamento dei dati".

4. DESTINATARI DEI DATI PERSONALI

I dati personali raccolti per il raggiungimento delle predette finalità potranno essere comunicati, nei limiti strettamente pertinenti agli obblighi, ai compiti e alle finalità sopra indicate, ai soggetti autorizzati e di seguito elencati:

- Soggetti pubblici e/o privati per esclusivi adempimenti di legge e per scopi connessi alla tutela della persona assistita
- ASL, limitatamente a quanto necessario per fini amministrativi
- Centri medici specializzati o organismi del servizio sanitario nazionale, al fine di completare le prestazioni in oggetto ed in parte già erogate dal Centro Medico Friuli Collinare Srl.

Non è previsto il trasferimento dei dati suddetti verso paesi terzi.

Inoltre i suoi dati personali non saranno oggetto di diffusione.

5. PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI PERSONALI

Tutti i dati verranno conservati per il tempo necessario all'espletamento degli eventuali adempimenti, anche di natura fiscale o amministrativa, connessi o derivanti allo specifico servizio richiesto, ai sensi del art. 5, comma 1, lettera e) del suddetto Regolamento.

6. DIRITTI DELL'INTERESSATO

La informiamo che ha diritto a richiedere al Titolare del trattamento l'accesso ai propri dati (art. 15 del Regolamento), la rettifica dei dati (art. 16), la cancellazione degli stessi (art. 17) e la limitazione di trattamento (art. 18). Inoltre lei ha diritto ad opporsi al trattamento dei dati (art. 21) e diritto alla portabilità degli stessi (art. 20). Si ricorda infine che lei ha il diritto di porre reclamo all'autorità di controllo e il diritto a revocare il consenso dato in qualsiasi momento, senza che ciò pregiudichi la liceità del trattamento effettuato prima della revoca.

Per quanto concerne il terzo punto indicato nelle finalità (invio materiale informativo e/o pubblicitario) in qualunque momento lei potrà opporsi comunicandolo per iscritto al Centro Medico Friuli Collinare Srl, senza che ciò pregiudichi la corretta erogazione delle prestazioni sanitarie richieste.

7. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento dei dati personali che la riguardano verrà effettuato secondo i principi di liceità, correttezza e trasparenza, a tutela della sua riservatezza e dei suoi diritti. Tali dati saranno memorizzati su supporti informatici, su supporti cartacei e su ogni altro tipo di supporto idoneo, nel rispetto del Regolamento Europeo in materia di misure di sicurezza, tali da garantire un livello di sicurezza adeguato al rischio del trattamento (art. 32 del Regolamento n. 2016/679).

8. CONFERIMENTO DEI DATI

Il conferimento dei predetti dati è obbligatorio per il raggiungimento delle finalità di cui al punto 2 (primo e secondo punto).

Un eventuale rifiuto di fornire i dati il cui conferimento è obbligatorio o necessario potrebbe compromettere l'impossibilità formale e sostanziale da parte del Centro Medico Friuli Collinare Srl di erogare il servizio richiesto.

Centro Medico Friuli Collinare Srl

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Regolamento (UE) n. 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati

Gentile Signore/a,

desideriamo informarLa, in qualità di interessato, che ai sensi del Regolamento Europeo n.679/2016, il trattamento dei dati personali da lei fornitici è necessario al fine della corretta compilazione della sua documentazione clinica.

Il trattamento dei dati personali che la riguardano verrà effettuato secondo i principi di liceità, correttezza e trasparenza, a tutela della sua riservatezza e dei suoi diritti.

Apponendo firma in calce al presente documento dichiara di aver preso visione dell'informativa esposta e disponibile presso il Centro Medico Friuli Collinare Srl con sede in Via Nazionale, 32 a Rive D'Arcano (UD), e disponibile anche sul sito www.centromedicofriulicollinare.it.

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

- In qualità di:
- Proprietario dei dati trattati
 - Esercente della potestà genitoriale
 - tutore (si allegano documenti certificanti il ruolo)
 - Amministratore di sostegno (si allegano documenti certificanti il ruolo)
 - Legale rappresentate
 - Delegato da un genitore (si allegano documenti certificanti il ruolo)

Per i dati di _____

Nato/a a _____ il _____

FORNISCE IL CONSENSO

- al trattamento dei dati raccolti con le modalità e per le finalità specificate nell'apposita informativa esposta e redatta ai sensi degli artt. 6, 9, 12, 13 e 14 del suddetto Regolamento Europeo n.679/2016.

Rodeano Basso, _____ Firma

Data _____

- all'invio di comunicazioni di carattere informativo/commerciale relativo ai propri prodotti e servizi mediante l'utilizzo dei dati di contatto rilasciati.

Come esposto nell'informativa si ricorda che in qualunque momento lei potrà opporsi al presente trattamento comunicandolo per iscritto al Centro Medico Friuli Collinare Srl, senza che ciò pregiudichi la corretta erogazione delle prestazioni sanitarie richieste.

Rodeano Basso, _____ Firma

Data _____