



QUESTIONARIO ANAMNESTICO

Atleta - Cognome _____ Nome _____ Data ___/___/___

ANAMNESI FAMILIARE

Con riferimento a genitori e nonni dell'Atleta, ci sono stati casi di:

malattie cardiovascolari ictus ipertensione diabete morte improvvisa nessuno dei precedenti

ANAMNESI FISIOLÓGICA

Frequenza settimanale dell'attività sportiva esercitata dall'Atleta: 1gg 2gg 3gg 4gg 5gg 6gg 7gg
Altri indicatori di intensità sportiva (es. km percorsi) _____

L'Atleta assume regolarmente farmaci? Sì No

Se Sì quali? _____

Fumo? Sì No

Alcool? Sì No

Solo per Atleta di genere femminile :

Menarca Sì No -- Se sì a che età? ____

Menopausa Sì No -- Se sì a che età? ____

Data ultima mestruazione ___/___/___

ANAMNESI PATOLOGICA

L'Atleta ha mai eseguito accertamenti cardiologici di 2° livello per sospetto diagnostico? Sì No

Se Sì Quali? holter ECG holter pressorio ecocardiocolordoppler test sforzo massimale RMN

altro _____

L'Atleta ha mai avuto alcuni di questi sintomi? Sì No

battito cardiaco accelerato extrasistoli palpitazioni sensazione di vertigini o svenimento dolore toracico

mancanza improvvisa di respiro altro _____

Se Sì a riposo o sotto sforzo

L'Atleta ha avuto episodi convulsivi? Sì No -- Se sì a che età? ____

L'Atleta ha mai sofferto di reumatismi del sangue? Sì No

L'Atleta ha mai sofferto di allergie? Sì No

Se Sì Quali? farmaci alimenti piante/erbe/polline altro _____

L'Atleta é mai stato ricoverato in ospedale? Sì No

Se Sì per quale malattia? di tipo renale altro _____

Se Sì per quale intervento chirurgico? appendice tonsille ernia del disco ernia inguinale LCA menisco

altro _____

L'Atleta ha mai subito infortuni significativi? Sì No

Di che tipo? fratture distorsioni lussazioni

Da Sport? Sì No

Tipologia di frattura: omero radio ulna femore tibia perone altro _____

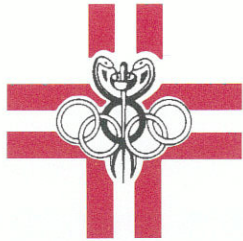
Tipologia di distorsione: ginocchio caviglia polso gomito

L'Atleta ha mai subito traumi cranici con perdita di conoscenza? Sì No -- Se sì a che età? ____

L'Atleta attualmente soffre di qualche patologia? Sì No

Se Sì quali? epilessia diabete allergie ipertensione altro

Firma leggibile dell'interessato/a o del tutore se minore _____



INFORMATIVA AI SENSI DELL'EX ART.13 DEL D.LGS.196/03 PER IL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI

1. Per dati personali si intendono, ai sensi della presente informativa:
 - quelli sanitari che avremo occasione di rilevare nell'espletamento delle nostre prestazioni mediche a suo favore;
 - quelli sanitari necessari per la valutazione di cui ai D.M. 18.02.1982 e 04.03.1993;
 - quelli spontaneamente da Lei forniti;
2. I dati vengono da noi raccolti con la esclusiva finalità di effettuare quanto previsto dai decreti sopra richiamati e della L.R. 66/1981.
3. I dati verranno riportati su "Schede di Valutazione Medico Sportiva" che verranno da noi mantenuti e protetti con modalità idonee (secondo le modalità previste dagli artt.31 e seguenti del D.L.gs 196/03).
4. I dati verranno comunicati:
 - senza diagnosi clinica alla Società Sportiva e alla Federazione o Ente di Promozione Sportiva di riferimento;
 - in chiaro, alla ASL competente per territorio;
 - in forma anonima, alla U.O. Prevenzione della Direzione Generale Sanità per gli adempimenti di cui alle normative sopra citate.
5. Richiamiamo integralmente, ai sensi dell'art.7 del D.Lgs, i Suoi diritti in ordine al trattamento dei dati personali.
6. Le segnaliamo che il Titolare del trattamento ad ogni effetto di legge è il Centro Ambrosiano di Medicina dello Sport in persona del Direttore Sanitario e che il Responsabile del trattamento è il Direttore Sanitario della Struttura stessa.
7. Nel caso in cui tale consenso non venga esercitato non sarà possibile redigere il certificato di cui ai decreti sopra richiamati e di conseguenza non sarà possibile da parte della Commissione Regionale d'Appello prendere in esame il caso per carenza di documentazione.

CONSENSO AI SENSI DELL'ART.23 D.L.gs 196/03

Apponendo la firma in calce al presente modulo, manifesto il mio consenso al trattamento dei dati, nell'ambito delle finalità e modalità di cui sopra, e nei limiti di cui il mio consenso fosse richiesto ai sensi di legge.

In particolare manifesto il mio consenso espresso per:

- l'acquisizione dei dati di cui al punto 1;
- la comunicazione dei dati ai terzi ai sensi del precedente punto 4.

Nome Cognome(TUTORE/GENITORE) _____

Cod.Fisc. _____

Nato/a _____ il _____

Milano, (data) _____

Firma leggibile del tutore/genitore _____