



		SI	NO		SI	NO
Consegnato il	Urine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stampa Certificato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Verifica urine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Richiesta esami particolari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Spirometria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Documento d'identità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Firma	Note:					

**COMPILAZIONE A CURA DELL' ATLETA SOLO NELLE PARTI ALL' INTERNO DEL RIQUADRO**

Data

SCHEMA DI VALUTAZIONE MEDICO SPORTIVA	
Cognome	Nome
Nato/a a	Il
Residente e/o domiciliato	Via n°
Documento di identità n.	Valido fino a
C.F.	tel.
Sport per cui è stata richiesta la visita	
Indirizzo mail	
Ha eseguito altre visite sportive gli anni precedenti?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Nome del Medico	
E' mai stato giudicato non idoneo?	
Gli sono stati richiesti ulteriori accertamenti?	
Eventuali altri sport praticati	
Società sportiva	
Medico di Famiglia	



## ANAMNESI

A. Familiare .....

B. Fisiologica .....

C. Fisiologica .....

## ESAME OBIETTIVO

Trofismo ..... Peso ..... Altezza .....

Apparato Locomotore .....

Torace apparato respiratorio .....

Apparato cardiocircolatorio .....

P.A. a riposo ..... Polsi periferici .....

Addome e organi genitali .....

Arti .....

Acuità visiva naturale OD /10 OS /10 corretta OD /10 OS /10

Senso cromatico ..... Conclusione apparato visivo .....

Udito .....

Conclusione esame obiettivo .....

Firma del medico visitatore .....



### ELETTROCARDIOGRAMMA

Elettrocardiogramma a riposo \_\_\_\_\_ PQ: \_\_\_\_\_ QT: \_\_\_\_\_

ECG dopo sforzo \_\_\_\_\_

Referto \_\_\_\_\_

IRI \_\_\_\_\_

Conclusione:

Firma del Cardiologo \_\_\_\_\_

### ESAME DELL'URINA

Aspetto \_\_\_\_\_ Colore \_\_\_\_\_

Densità \_\_\_\_\_ ph \_\_\_\_\_

Referto \_\_\_\_\_

### SPIROMETRIA



## ESAMI SPECIALISTICI INTEGRATIVI

EEC

ESAME NEUROLOGICO

ESAME ORL

AUDIOMETRIA

ESAME OCULISTICO

ALTRI ESAMI:

NOTE:



**COMPILAZIONE A CURA DELL' ATLETA SOLO NELLE PARTI ALL' INTERNO DEL RIQUADRO**

( Deve compilare l'atleta o se minorenne il genitore)

Rispondi con una "x" sul SI o sul NO

	SI	NO	
<b>A) ANAMNESI FAMILIARE (genitori, fratelli e sorelle, nonni, figli)</b>			
• Diabete mellito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>chi</i>
• Ipertensione arteriosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>chi</i>
• Morte improvvisa giovanile (maschio < 50 anni; femmina < 60 anni)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>chi</i>
			<i>Se si in che circostanze?</i>
			<i>A riposo?</i>
			<i>Durante la notte?</i>
			<i>Dopo esercizio fisico?</i>
• Cardiopatie ischemiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Chi</i>
			<i>A che età?</i>
• Altro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>chi</i>

*Dichiarazione: io sottoscritto dichiaro di aver informato esattamente il medico delle mie attuali condizioni psico-fisiche e delle affezioni precedenti e di non essere mai stato dichiarato NON IDONEO in precedenti visite medico sportive di legge. Inoltre mi impegno a non fare uso di droghe riconosciute illegali e do atto di essere stato informato dei pericoli derivanti dal fumo di tabacco e dell'uso di alcool.*

firma del dichiarante .....



COMPILAZIONE A CURA DELL' ATLETA SOLO NELLE PARTI ALL' INTERNO DEL RIQUADRO

( Deve compilare l'atleta o se minorenne il genitore)

Rispondi con una x sotto il Sì o NO

Sì NO

**B) ANAMNESI FISIOLOGICA**

Alimentazione

*Regime dietetico in atto*

*Senza glutine, senza lattosio*

Fumo

*se sì, quante sigarette al gg?*

*se sì, quanti litri settimanali?*

Alcolici e/o superalcolici

Uso farmaci

*se sì, quali? Perché?*

Uso di droghe

solo per le femmine:

*età prima mestruazione*

*data ultima mestruazione*

Gravidanze

*se sì quante?*

*Dichiarazione: io sottoscritto dichiaro di aver informato esattamente il medico delle mie attuali condizioni psico-fisiche e delle affezioni precedenti e di non essere mai stato dichiarato NON IDONEO in precedenti visite medico sportive di legge. Inoltre mi impegno a non fare uso di droghe riconosciute illegali e do atto di essere stato informato dei pericoli derivanti dal fumo di tabacco e dell'uso di alcool.*

firma del dichiarante



**COMPILAZIONE A CURA DELL' ATLETA SOLO NELLE PARTI ALL' INTERNO DEL RIQUADRO**

( Deve compilare l'atleta o se minorenne il genitore)

Rispondi con una x sotto il Sì o NO

	Sì	NO
<b>B) ANAMNESI PATOLOGICA</b>		
<b>Soffri o in passato hai sofferto delle seguenti malattie?</b>		
Diabete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malattie neurologiche/ epilessia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malattie renali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> se sì, quali?
Ipertensione arteriosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malattie cardiache?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> se sì, specificare
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hai subito interventi chirurgici?		<input type="checkbox"/> se sì, specificare
Hai subito infortuni o fratture?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> se sì, specificare
Sei mai stato ricoverato in ospedale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> se sì, specificare

*Dichiarazione: io sottoscritto dichiaro di aver informato esattamente il medico delle mie attuali condizioni psico-fisiche e delle affezioni precedenti e di non essere mai stato dichiarato NON IDONEO in precedenti visite medico sportive di legge. Inoltre mi impegno a non fare uso di droghe riconosciute illegali e do atto di essere stato informato dei pericoli derivanti dal fumo di tabacco e dell'uso di alcool.*

firma del dichiarante .....

**GIUDIZIO CONCLUSIVO**

L'atleta all'atto della visita risulta:      **NON IDONEO**                                       **IDONEO**

Alla pratica dello sport agonistico per cui viene richiesta l'idoneità per il tempo di:       mesi       anni

Firma e timbro del medico sportivo:



**COMPILAZIONE A CURA DELL' ATLETA SOLO NELLE PARTI ALL' INTERNO DEL RIQUADRO**

Il / la Sottoscritto/a

**Reso edotto ai sensi dell' art. 13 D. Lgs. n.196/2003 che:**

- i dati forniti all'atto di sottoporsi alle prestazioni ambulatoriali, obbligatori per legge, serviranno sia per rilevare l'attuale stato di salute, sia per fini amministrativi e saranno conservati negli archivi della Salus Alpe Adria;
- i dati anagrafici, i referti, e quant' altro necessario saranno comunicati, in base alle norme vigenti, per quanto di competenza, alle aziende sanitarie locali, alle autorità di pubblica sicurezza e, dietro specifica richiesta, all'autorità giudiziaria o ad altri enti destinatari per legge o regolamenti;
- qualora i dati dovessero necessitare per finalità di ricerca scientifica o di statistica, saranno trasmessi in modo anonimo;
- i dati idonei a rilevare lo stato di salute saranno notificati all'interessato o ad un medico designato dall'interessato tramite il medico Responsabile di Reparto o suo delegato;  
di aver visionato e ricevuto copia dell'informativa al trattamento dei dati personali (n.001 REV del 19.06.2018) e dell'informativa relativa al Dossier Sanitario (n. 001 REV del 19.06.2018) da parte di Salus Alpe Adria s.r.l., titolare del trattamento dati, e di essere informato, tra l'altro:

**ACCONSENTE**

al trattamento dei propri dati personali, dichiarando di aver avuto, in particolare, conoscenza che i dati medesimi rientrano nel novero dei dati sensibili di cui all'art.26 del suddetto decreto.

**N.B.** per i minori, per i soggetti fisicamente impossibilitati o incapaci di intendere o di volere, il consenso è manifestato da chi esercita legalmente la podestà, ovvero da un prossimo congiunto, da un familiare, da un convivente o, in loro assenza, dal responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato.

La sottoscritta **DICHIARA:**

- di aver visionato e ricevuto copia dell'informativa al trattamento dei dati personali (n.001 REV del 19.06.2018) e dell'informativa relativa al Dossier Sanitario (n. 001 REV del 19.06.2018) da parte di Salus Alpe Adria s.r.l., titolare del trattamento dati, e di essere informato, tra l'altro:
- della base giuridica e delle finalità del trattamento cui sono destinati i dati personali forniti dal/la sottoscritto/a, nonché delle relative modalità di trattamento;
- della possibilità di comunicare dei dati personali da parte del titolare a responsabili esterni del trattamento al solo fine dell'adempimento degli obblighi di legge o assistenza hardware/software;

***TUTTO CIÒ PREMESSO***

ai sensi e per gli effetti di cui agli articoli 7 e seguenti del Regolamento UE 2016/679

**A) TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

RILASCIO IL CONSENSO

NON RILASCIO IL CONSENSO

al trattamento dei dati personali, ivi compresi i dati inerenti la salute, nonché, laddove necessario rispetto alla finalità esplicitate, di quelli ulteriori rientranti nelle particolari categorie di dati (c.d. sensibili) da parte di Salus Alpe Adria s.r.l., secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa ricevuta.

**B) TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI MEDIANTE DOSSIER SANITARIO**

RILASCIO IL CONSENSO

NON RILASCIO IL CONSENSO

alla costruzione del dossier sanitario ed al trattamento dei dati personali mediante il dossier stesso da parte di Salus Alpe Adria s.r.l., con le modalità e nei limiti indicati dalla normativa.

**C) COMUNICAZIONI COMMERCIALI**

RILASCIO IL CONSENSO

NON RILASCIO IL CONSENSO

all'utilizzo da parte di Salus Alpe Adria s.r.l. dei miei dati comuni identificativi (non rientranti in particolari categorie, ossia i dati non sensibili), per l'invio di materiale/comunicazioni pubblicitarie riguardanti l'attività di Salus Alpe Adria s.r.l. tramite posta, e-mail e sms, fermo restando il diritto opporsi, in qualunque momento e senza spese, al trattamento dei dati stessi per la presente finalità.

Tavagnacco, li

*firma leggibile*