



A.S.L. TO4

Azienda Sanitaria Locale
di Ciriè, Chivasso e Ivrea

Sede legale: Via Po, 11 - 10034 CHIVASSO (TO)

Tel. +39 011.9176666

Sede amministrativa: Via Aldisio, 2 - 10015 IVREA (TO)

Tel. +39 0125.4141

www.aslto4.piemonte.it

P.I./Cod. Fisc. 09736160012

Dipartimento di Prevenzione - S.S.D. Medicina Sportiva

Ambulatorio Medicina Sport di Gassino

Via Foratella, 22 – 10090 Gassino T.se (TO)

Tel 011 9817226/5 Fax 011 9817229

eMail medicinasport@asl7.to.it

Ambulatorio Medicina Sport di Caselle

Via Savonarola, 12 – 10072 Caselle T.se (TO)

Tel. 011 9976736 Fax 011 9976743

caselle.medsport@aslto4.piemonte.it

DICHIARAZIONE

L' **ATLETA** (cognome e nome)

- consente ad essere sottoposto agli accertamenti sanitari previsti per gli atleti dilettanti agonisti secondo dal D.M. 18/02/1982 e successive integrazioni;
- dichiara di essere stato/a pienamente informato delle finalità dei suddetti accertamenti e degli eventuali rischi connessi;
- dichiara di avere informato esattamente il medico delle sue attuali condizioni psico-fisiche e delle affezioni precedenti e di non essere mai stato giudicato non idoneo in precedenti visite medico-sportive di legge;
- dichiara di non assumere sostanze riconosciute illegali e si impegna a non farne uso in futuro;
- La Medicina dello Sport dell'ASLTO4 garantisce inoltre all'atleta che i dati clinici di cui l'Azienda diviene titolare, nell'eventualità di un loro utilizzo a fini statistici e di ricerca, saranno trattati esclusivamente in forma anonima, secondo quanto disposto dall'art. 105 del D.Lgs. n. 196/2003.

Data Firma (per i minori il genitore)

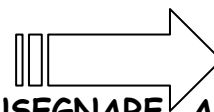
INFORMAZIONI SULLA VISITA MEDICO-SPORTIVA

E' un obbligo di legge. Il D.M. 18/02/1982 prevede che tutti coloro che svolgono un'attività sportiva agonistica debbano essere sottoposti ad una visita medico-specialistica e ad una serie di esami medici per poter essere giudicati idonei a praticare lo sport prescelto. L'obbligatorietà di tale visita e la qualifica di agonista dipendono dai regolamenti imposti dalle singole Federazioni ed Enti di Promozione Sportiva riconosciuti dal CONI da cui gli atleti dipendono.

Tra gli accertamenti previsti è compreso il test da sforzo con registrazione dell'elettrocardiogramma.

E' un test impegnativo sotto il profilo muscolare e cardiovascolare ed è studiato per sottoporre questi apparati ad un carico lavorativo paragonabile a quello dell'attività fisica svolta. Questa prova, indispensabile per scoprire eventuali alterazioni della risposta cardiaca allo sforzo fisico, viene effettuata sotto continuo controllo medico per ridurre al minimo le possibilità di rischio connesso.

Le possibilità di rischio legate al test da sforzo medico-sportivo, peraltro molto limitate secondo i dati della letteratura medico-scientifica e la nostra esperienza quotidiana, riguardano una risposta alterata (in quanto patologica) del cuore allo sforzo fisico. La costante monitorizzazione (controllo) durante tutto il test, permette di riconoscere immediatamente le eventuali anomalie che potranno essere così opportunamente trattate.



QUESTIONARIO SU MALATTIE ED INFORTUNI DA CONSEGNARE ALL'ATTO DELLA VISITA MEDICO-SPORTIVA



www.regione.piemonte.it/sanita



Non c'è cura senza cuore
Sistema Sanitario Regionale del Piemonte

SCHEDA ANAMNESTICA DI (cognome e nome)

Le informazioni richieste servono al medico per meglio valutare la salute del soggetto visitato e per fornire eventuali consigli in relazione allo sport praticato: barrare no o sì

1. Nei familiari prossimi (genitori, fratelli, sorelle, nonni, zii) ci sono stati casi di morte improvvisa, diabete, pressione alta, infarto, altre malattie della circolazione o malattie ereditarie?
NO SI (se sì, quali ?) :

.....
.....

2. Malattie importanti superate o in corso NO SI (se sì, quali e quando?):

.....
.....

3. Interventi chirurgici o ricoveri ospedalieri NO SI (se sì, quali e quando?):

.....
.....

4. Fratture o infortuni importanti NO SI (se sì, quali e quando?):

.....
.....

5. Terapie in atto NO SI (se sì, quali?):

.....
.....

6. Allergie: NO SI (se sì, quali?):

.....
.....

7. Malori durante attività fisica NO SI (se sì, spiegare quando e che tipo di malore, per es. svenimento, palpitazioni, ecc.):

.....
.....

8. E' stato giudicato non idoneo o l'idoneità è attualmente sospesa in seguito a precedenti visite medico sportive? NO SI (se sì, spiegare quando e perché):

.....
.....

Data Firma (per i minori il genitore)



CONSENSO AL TRATTAMENTO DATI

(D.LGS. 196/2003 e s.i.m.)

(N.B. Inserire i dati del soggetto sottoposto a visita, anche se minore)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____

il _____ acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003 e s.i.m., consapevole che i trattamenti riguarderanno anche **dati sensibili**, (art. 4 D.Lgs. 196/2003 e s.i.m.: "*Dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, ...omissis, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale*")

PRESTA IL CONSENSO

al trattamento dei dati personali idonei a rilevare lo stato di salute per lo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa all'utenza, di cui ha preso visione, finalizzate alla prevenzione, diagnosi, cura, terapia, riabilitazione a tutela della propria salute e/o della propria incolumità fisica.

SI

NO

Data,

L'INTERESSATO
(firma leggibile)

se chi sottoscrive non è il diretto interessato, indicare la qualifica rivestita:

➤ Genitore

➤ Tutore

➤ Amministratore di sostegno

➤ Altra figura (specificare) _____

Data,

Operatore che ha ricevuto il consenso
(firma leggibile)
