

CARTELLA CLINICA MEDICO SPORTIVA da compilare fronte/retro con la massima attenzione

Cognome Nome..... Nato a..... il.....

Residente a (Città e via)..... Num.cell.....

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Società sport.....

Familiari stretti morti per MORTE IMPROVVISA inaspettata prima dei 50 anni? SI NO

Familiari stretti con Diabete Mellito, Malattie Polmonari/Allergiche, CARDIOVASCOLARI (Es: Ipertensione, Infarto, Ictus..),? SI NO

.....

Fumatore SI/al giorno NO Alvo (feci) e diuresi regolari SI NO..... Uso di Alcolici SI NO.....

* Per donne Primo ciclo mestr.anni* Ultima mestruazione*..... Attualmente in essere in gravidanza* SI NO

MALATTIE passate o presenti sofferte? SI NO.....

INTERVENTI chirurgici, Infortuni, RICOVERI ospedalieri SI NO.....

Sta assumendo FARMACI o integratori alimentari? SI NO (indicare quali).....

Ha mai avuto episodi di perdita di coscienza IMPROVVISA? È mai svenuto durante o subito dopo uno sforzo fisico? (esclusi episodi a seguito di "calo di zuccheri"/pressione bassa/traumi). SI NO

Mai stato sospeso da dall'attività sportiva in precedenti visite mediche per motivi cardiologici/altro o è mai stato sottoposto (NON per routine) ad ulteriori accertamenti cardiologici (Ecocardio,ECG Holter...)? SI NO

.....

Eventuali informazioni/dichiarazioni sullo stato di salute attuale/passato o altro:

.....

.....

Io sottoscritto dichiaro sotto la mia personale responsabilità che quanto riportato in data odierna nel corso della visita medica nella presente raccolta dei dati clinico-anamnestici, conservata dal Dr Aiello C. Roaul, corrisponde a verità riferita (tali dati mia richiesta verranno forniti/restituiti a mano o altro mezzo). **Dichiaro di non essere mai stato non idoneo in precedenti visite medico-sportive di legge** e di aver ricevuto informazioni sul significato degli accertamenti sanitari a cui sono stato sottoposto, nonché sui rischi connessi all'attività fisica. Inoltre mi impegno a non far uso di droghe riconosciute illegali e do atto di essere stato informato dei rischi derivanti dal fumo di tabacco.

DICHIARAZIONE DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DATI EX ART. 23 DEL D.LGS 196/2003: Dichiaro il mio consenso al trattamento, all'archiviazione ed alla trasmissione dei dati personali ai fini sanitari, amministrativi, contabili. Dichiaro altresì di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che potrà esercitare in qualsiasi momento i diritti previsti dall'art. 7 del Codice. Dichiaro inoltre di accettare le comunicazioni via SMS/Email relative alla visita in oggetto. Ai fini degli adempimenti previsti dall'art.10 Legge 675/96 Le comunichiamo che: 1) i dati sanitari raccolti in occasione della visita medica, gli esami di laboratorio e strumentali effettuati, hanno finalità di tutelare la Sua incolumità fisica e la Sua salute. 2) i dati sanitari personali da Lei conferiti per la compilazione della cartella sanitaria sono conservati, coperti da segreto professionale, a cura e sotto la responsabilità del Medico per presa visione e conferimento del consenso.

TRAMISS. DATI SPESE SANIT. AL SISTEMA TESSERA SANIT., MODULO DI OPPOSIZIONE O CONSENSO (segnare la propria scelta con una X)

ACCONSENTO **MI OPPONGO** alla trasmissione telematica delle spese sanitarie sostenute nell'anno di imposta corrente al portale online "sistema tessera sanitaria", (ai sensi dell'articolo 3, comma 3, del decreto legislativo 21 novembre 2014, n. 175)

Firma del dichiarante o genitore/tutore

Data.....

X _____

COMPILARE ESCLUSIVAMENTE PER VISITA DI IDONEITA' AGONISTICA

1. AUTORIZZAZIONE E CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DI TEST ERGOMETRICO MASSIMALE

Mi sottopongo volontariamente all'esecuzione del test ergometrico massimale al fine di valutare la risposta del mio apparato cardiovascolare allo sforzo. Questa indagine comporta una **possibilità estremamente remota di complicazioni cardiovascolari** (aritmie cardiache, sincope, shock cardiogeno, infarto miocardio acuto, morte improvvisa). Mi è stato comunque assicurato che questa indagine sarà **eseguita in modo accurato da personale medico esperto** e che sarà interrotta alla comparsa di qualsiasi anomalia, come previsto dalle linee guida internazionali che dettano le modalità di effettuazione e interruzione del test. Queste informazioni mi sono state date in modo chiaro e comprensibile dal Dr. Aiello Calogero Roaul **pertanto autorizzo l'esecuzione del TEST ERGOMETRICO**

2. DICHIARAZIONE CORONAVIRUS, PARTE 1(barrare con una X)

____ di non aver avuto **diagnosi accertata di infezione da Covid-19**;

____ di non aver avuto, nelle ultime settimane, **sintomi** riferibili all'infezione da Covid-19 tra i quali: **temperatura corporea > 37,5 °C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, perdita di gusto e di olfatto**

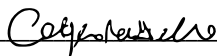
____ di non aver avuto, nelle ultime settimane, contatti a rischio con persone affette da coronavirus.

3. DICHIARAZIONE CORONAVIRUS, PARTE 2

Dichiaro di essere stato informato Dr. Aiello Calogero Roaul ,Spec. in Medicina dello Sport, dei possibili rischi per la salute, anche a distanza di tempo, conseguenti all'infezione da Sars COV- 2.Pertanto, ai fini della salvaguardia della salute, **mi impegno a comunicare**, oltre che al Medico di Medicina Generale o al Pediatra di Libera Scelta, al Medico Sociale della Società / Federazione Sportiva Nazionale / Ente di Promozione Sportiva / Disciplina Sportiva Associata e al Medico Specialista in Medicina dello Sport / Struttura di Medicina dello Sport che ha rilasciato la certificazione d'idoneità, **una eventuale positività al Covid-19 (anche in assenza di sintomi) o del sopraggiungere di sintomatologia riferibile** (tra i quali, a titolo non esaustivo, temperatura corporea > 37,5 °C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia – disturbi dell'olfatto, ageusia – disturbi del gusto) **comparsi successivamente alla data della visita odierna.**

Le informazioni di cui sopra saranno trattate in conformità al Regolamento UE n.2016/679 (Regolamento generale sulla protezione dei dati personali) per le finalità di prevenzione da Covid-19 di cui all'informativa resa ai sensi dell'art.13 del predetto Regolamento.

Il Medico specialista in Medicina dello Sport, C.Roaul Aiello



Data _____

Firma del dichiarante o genitore/tutore

X _____