

## 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 o 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 \_\_\_\_\_

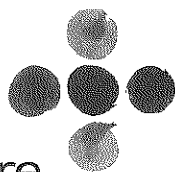
Tipologia di distorsione:  ginocchio  caviglia  polso  gomito

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

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 \_\_\_\_\_



## Per il trattamento dei dati personali Informativa ai sensi dell'ex art.13 del d. Lgs.196/03

- 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 per la valutazione di cui ai Decreti Ministeriali 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 Legge Regionale 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.gs196/03 ).
- 4. I dati verranno comunicati**
  - senza diagnosi clinica alla Società Sportiva e alla Federazione e 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.L.gs, i Suoi diritti in ordine al trattamento dei dati personali.
- 6. Le segnaliamo che il Titolare del trattamento** ad ogni effetto di legge è Cerba HC Italia Srl e che il **Responsabile del trattamento** è il Direttore Sanitario del centro presso il quale ha svolto la Sua visita.
- 7. Nel caso di cui tale consenso non venga esercitato non sarà possibile redigere il certificato di cui ai decreti sopra richiamati 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 a terzi ai sensi del presente punto 4.

### DATI DELL'INTERESSATO (IN CASO DI MINORE,INDICARE I DATI DEL GENITORE)

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Data nascita (gg/mm/aaaa) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Firma leggibile dell'interessato/a o del tutore se minore \_\_\_\_\_