

**DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE  
MEDICINA DELLO SPORT**

Durante il test da sforzo eseguito per valutare l'idoneità all'attività sportiva agonistica vi è la possibilità che si manifestino disturbi come aritmie cardiache gravi, perdita di coscienza o infarto miocardico; tali eventi hanno una frequenza estremamente bassa tanto da poter essere considerati eccezionali. Lo svolgimento del test sarà eseguito da uno specialista in Medicina dello Sport fornito delle attrezzature necessarie per far fronte ad eventuali problemi che dovessero insorgere durante la prova.

Si consiglia un abbigliamento adatto. Non assumere pasti abbondanti nelle due ore precedenti la visita. Si ricorda che il paziente dovrà produrre un campione di urina.

E' necessario **portare in visione** la precedente visita di idoneità sportiva agonistica, (se effettuata) ed eventuali esami di tipo cardiologico (es. ecocardiogrammi, ECG) o relativi a patologie in atto (es. visita diabetologica in caso di diabete, EEG e visite neurologiche in caso di epilessia).

**Si dichiara inoltre che il soggetto per il quale richiede la visita:**

non ha avuto patologie rilevanti né assume farmaci al di fuori di quelli segnalati nella pagina successiva;

non è mai stato dichiarato non idoneo in precedenti visite medico-sportive;

non assume droghe o sostanze dopanti.

**Acconsente:**

che venga sottoposto agli accertamenti sanitari previsti dalla legge per l'attività sportiva agonistica, cosciente dei rischi che possono verificarsi durante l'effettuazione di tali accertamenti.

**Autorizza:**

l'utilizzo della cartella clinica per la statistica e la ricerca senza alcun riferimento nominativo come previsto dalla Legge 675/96 art.11 da parte del personale dell'ASL TO3 il trattamento dei dati personali (art.13, DLGS 30/06/2003 n. 196).

I dati personali raccolti per il presente procedimento amministrativo saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente ai fini della pratica in oggetto dell'A.S.L. TO3, titolare del trattamento.

**Presa visione dell'informativa, Esprime il proprio consenso ai dati personali.**

Luogo e data \_\_\_\_\_; / / \_\_\_\_\_

Firma del genitore (o di chi ne fa le veci) \_\_\_\_\_

**Per le visite di Medicina Sportiva, in caso di disdetta, telefonare dal lunedì al venerdì dalle ore 9 - 12 e dalle 13.30 - 15.00**

- sede COLLEGNO-0114017061-289-086

- sede PINEROLO-0121235414

*Gli utenti che **non si presentano** ad effettuare le prestazioni senza provvedere a **comunicare disdetta** entro i due giorni lavorativi precedenti, o eccezionalmente prima della visita, **dovranno provvedere al pagamento della quota corrispondente all'intero costo della prestazione (D.G.R. 14- 10073 del 28/07/2003.***

- **IL GIORNO DELLA VISITA NON E' INDISPENSABILE LA PRESENZA DEL GENITORE PURCHE' QUESTO MODULO SIA STATO COMPILATO E FIRMATO ED IL MINORE SIA IN POSSESSO DEL DOCUMENTO DI IDENTITA'**

**ATTENZIONE. DEVE ESSERE COMPILATO DA UN GENITORE PRIMA DELLA VISITA**

Io sottoscritto (nome genitore o di chi ne fa le veci) \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

in qualità di (es. genitore, tutore) \_\_\_\_\_ **chiedo che** (cognome e nome del minore)

\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

(prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

sia sottoposto a visita medico sportiva per l'accertamento dell'idoneità fisica alla pratica sportiva agonistica.

Società di appartenenza / sport \_\_\_\_\_

Fa sport da quanti anni? \_\_\_\_\_ Si allena/volte alla settimana \_\_\_\_\_

Tra i familiari (**specificare il grado di parentela: genitori, nonni, zii**) vi sono casi di:

Morte improvvisa \_\_\_\_\_  sì  no Cardiopatie \_\_\_\_\_  sì  no

Diabete \_\_\_\_\_  sì  no Ipertensione \_\_\_\_\_  sì  no

Altro \_\_\_\_\_

Malattie Congenite o ereditarie  no  sì \_\_\_\_\_

Sta assumendo farmaci? se sì specificare quali \_\_\_\_\_

Fumo  sì  no Alcool  sì  no  moderatamente

Menarca  no  sì Età \_\_\_\_\_

Dichiaro che il/la giovane ha manifestato le seguenti patologie (**fare una crocetta a fianco delle relative malattie**):

<input type="checkbox"/> Morbillo	<input type="checkbox"/> Varicella	<input type="checkbox"/> Otite
<input type="checkbox"/> Pertosse	<input type="checkbox"/> Scarlattina	<input type="checkbox"/> Polmonite
<input type="checkbox"/> Parotite (orecchioni)	<input type="checkbox"/> Rosolia	<input type="checkbox"/> Epilessia
<input type="checkbox"/> Asma bronchiale	<input type="checkbox"/> Allergie _____	<input type="checkbox"/> Covid 19 anno _____

Altro \_\_\_\_\_

Perdita di coscienza  no  sì specificare \_\_\_\_\_

Interventi chirurgici:

Adenotonsillectomia  Ernioraffia  Appendicectomia

Altro \_\_\_\_\_  Altro \_\_\_\_\_  Altro \_\_\_\_\_

Ha subito fratture/Lesioni muscoloscheletriche? (se si specificare) \_\_\_\_\_

Ricoveri in ospedale/DEA \_\_\_\_\_