

## SCHEDA DI ANAMNESI PAZIENTE PER CERTIFICATO DI IDONEITÀ SPORTIVA NON AGONISTICA

### Anagrafica del paziente (da compilare a cura del paziente o del genitore o di esercente patria potestà)

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

INDIRIZZO DI RESIDENZA (Via/C.so/P.zza) \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

COMUNE E PROVINCIA DI RESIDENZA \_\_\_\_\_

CELLULARE \_\_\_\_\_ EMAIL \_\_\_\_\_

### Anamnesi del paziente (dati obbligatori da compilare a cura del paziente o del tutore legale)

1) CI SONO STATI CASI DI MORTE IMPROVVISA SOTTO I 40 ANNI PER CAUSE NON NOTE IN FAMIGLIA?

SÌ  NO SE SÌ, CHI? \_\_\_\_\_

2) CI SONO STATI CASI DI INFARTO O ICTUS?

SÌ  NO SE SÌ, CHI? \_\_\_\_\_

3) CI SONO CASI DI IPERTENSIONE?

SÌ  NO SE SÌ, CHI? \_\_\_\_\_

4) ALTRE PATOLOGIE FAMILIARI DA SEGNALARE

5) SOFFRE O HA SOFFERTO DELLE SEGUENTI PATOLOGIE? (SE SÌ METTERE UNA CROCETTA)

IPERTENSIONE ARTERIOSA  DIABETE MELLITO  ASMA BRONCHIALE  EPILESSIA  EMICRANIA

PATOLOGIE CARDIOVASCOLARI  PATOLOGIE NEUROLOGICHE  ALTRE PATOLOGIE

SPECIFICARE ALTRE PATOLOGIE \_\_\_\_\_

6) ASSUME FARMACI ABITUALMENTE O AL BISOGNO?

SÌ  NO SE SÌ, QUALI? \_\_\_\_\_

7) SOFFRE DI ALLERGIE?

SÌ  NO SE SÌ, QUALI? \_\_\_\_\_

8) HA MAI SUBITO RICOVERI OSPEDALIERI?

SÌ  NO SE SÌ, MOTIVO DEL RICOVERO \_\_\_\_\_

9) HA MAI SUBITO FRATTURE?

SÌ  NO SE SÌ, QUALI? \_\_\_\_\_

10) HA MAI AVVERTITO SENSAZIONE DI BATTITO IRREGOLARE?

SÌ  NO SE SÌ, QUANDO? \_\_\_\_\_

11) HA MAI SUBITO TRAUMI CRANICI?

SÌ  NO SE SÌ, QUANDO? \_\_\_\_\_

12) FUMATORE / EX FUMATORE?

SÌ  NO QUANTITÀ/DIE \_\_\_\_\_

## CONSENSO DELL'INTERESSATO

In riferimento a quanto previsto dal Reg.(UE)2016/679, Medicina25 s.r.l. ha provveduto, come presentato nell'informativa associata al GDPR, ad istituzionalizzare le Banche Dati riferite agli interessati. Pertanto, vi si richiede di formalizzare esplicito consenso dietro presa visione dei vostri diritti secondo gli art. 15-22 della vigente normativa. Ai sensi degli art. 6-8 del Reg. (UE)2016/679, il/la sottoscritta sopracitato/a, in qualità di soggetto interessato e/o in qualità di responsabile genitoriale/tutore legale del soggetto sopracitato, 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. Inoltre, mi impegno a non far uso di droghe riconosciute illegali e do atto di essere stato informato dei pericoli derivanti dal fumo di tabacco e dall'uso di alcool. Informato sulle modalità di esecuzione, acconsento di sottopormi agli accertamenti previsti dalla legge per il rilascio del certificato di idoneità sportiva non agonistica. Dichiaro inoltre di non avere, al momento attuale, altre cartelle di visite di idoneità per attività sportiva non agonistica in attesa di conclusione presso altri ambulatori/centri/servizi pubblici o privati di medicina dello sport o di non essere stato dichiarato non idoneo all'attività sportiva non agonistica negli ultimi 12 mesi. Prendo inoltre atto dell'informativa che mi è stata data in lettura ed, in particolare relativa al trattamento dei miei dati da parte di Medicina25 s.r.l. e delle modalità di gestione e trattamento dei miei dati personali, sanitari, economici ed eventualmente particolari, mediante strumenti elettronici e non, in Italia, in UE ed eventualmente al di fuori, adottando tutte le misure di sicurezza necessarie per l'esecuzione dei servizi e delle prestazioni necessarie a dar seguito agli obblighi contrattuali intrapresi.

Autorizzo  Non autorizzo Firma \_\_\_\_\_

Il trattamento dei sopracitati dati all'interno della banca dati Medicina25 s.r.l. per le finalità descritte all'interno del GDPR, adottando tutte le misure di sicurezza previste dalla normativa vigente e conservando tali dati fino al termine della prescrizione legale, fuorché il rapporto non si rinnovi in futuro.

Autorizzo  Non autorizzo Firma \_\_\_\_\_

Il trattamento dei sopracitati dati personali all'interno della banca dati informazioni associate ai servizi per le finalità esposte nella presente informativa. Pertanto, rilascio e-mail e recapito telefonico.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

## COMPILAZIONE RISERVATA AL MEDICO

ATTIVITÀ FISICA PRATICATA? \_\_\_\_\_ QUANTE VOLTE A SETTIMANA? \_\_\_\_\_

### Dati antropometrici

ALTEZZA \_\_\_\_\_ PESO \_\_\_\_\_ CIRCONFERENZA \_\_\_\_\_ ALTRO \_\_\_\_\_

### Valori pressori

SATURAZIONE \_\_\_\_\_ FREQUENZA CARDIACA \_\_\_\_\_ PAS \_\_\_\_\_ PAD \_\_\_\_\_

### Esame obiettivo

#### ESAME OBIETTIVO CARDIOLOGICO (TONI RITMICI VALIDI, PAUSE LIBERE, T1 E T2 NORMALE)

SÌ  NO NOTE \_\_\_\_\_

#### ESAME OBIETTIVO POLMONARE (MURMURE VESCICOLARE SU TUTTO L'AMBITO)

SÌ  NO NOTE \_\_\_\_\_

#### ESAME OBIETTIVO ADDOMINALE (ADDOME TRATTABILE, ORGANI IPOCONDRIACI NEI LIMITI)

SÌ  NO NOTE \_\_\_\_\_

#### POLSI PERIFERICI NORMOISOSFIGMICI

SÌ  NO NOTE \_\_\_\_\_

### Note da riferire per la refertazione

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_