



Consegnato il _____	Urine	SI	NO	Stampa Certificato	SI	NO
	Verifica urine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Richiesta esami particolari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Spirometria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Documento d'identità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Firma _____	Note:	_____				

COMPILAZIONE A CURA DELL' ATLETA SOLO NELLE PARTI ALL' INTERNO DEL RIQUADRO

Data _____

SCHEMA DI VALUTAZIONE MEDICO SPORTIVA	
Cognome _____	Nome _____
Nato/a a _____	Il _____
Residente e/o domiciliato _____	Via _____ n° _____
Documento di identità n. _____	Valido fino a _____
C.F. _____	tel. _____
Sport per cui è stata richiesta la visita _____	
Indirizzo mail _____	
Ha eseguito altre visite sportive gli anni precedenti?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Nome del Medico _____	
E' mai stato giudicato non idoneo? _____	
Gli sono stati richiesti ulteriori accertamenti? _____	
Eventuali altri sport praticati _____	
Società sportiva _____	
Medico di Famiglia _____	



ANAMNESI

- A. Familiare _____
- B. Fisiologica _____
- C. Patologica _____

ESAME OBIETTIVO

Trofismo _____ Peso _____ Altezza _____

Apparato Locomotore _____

Torace apparato respiratorio _____

Apparato cardiocircolatorio _____

P.A. a riposo _____ Polsi periferici _____

Addome e organi genitali _____

Arti _____

Acuità visiva naturale OD /10 OS /10 corretta OD /10 OS /10

Senso cromatico _____ Conclusione apparato visivo _____

Udito _____

Conclusione esame obiettivo _____

Firma del medico visitatore _____



ELETTROCARDIOGRAMMA

Elettrocardiogramma a riposo _____ PQ: _____ QT: _____

ECG dopo sforzo _____

Referto _____

IRI _____

Conclusione:

Firma del Cardiologo _____

ESAME DELL'URINA

Aspetto _____ Colore _____

Densità _____ ph _____

Referto _____

SPIROMETRIA



ESAMI SPECIALISTICI INTEGRATIVI

EEC

ESAME NEUROLOGICO

ESAME ORL

AUDIOMETRIA

ESAME OCULISTICO

ALTRI ESAMI:

NOTE:



COMPILAZIONE A CURA DELL' ATLETA SOLO NELLE PARTI ALL' INTERNO DEL RIQUADRO

(Deve compilare l'atleta o se minorenne il genitore)

Rispondi con una "x" sul SI o sul NO

	SI	NO	
A) ANAMNESI FAMILIARE (genitori, fratelli e sorelle, nonni, figli)			
• Diabete mellito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	chi
• Ipertensione arteriosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	chi
• Morte improvvisa giovanile (maschio < 50 anni; femmina < 60 anni)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	chi
			Se si in che circostanze?
			A riposo?
			Durante la notte?
			Dopo esercizio fisico?
• Cardiopatie ischemiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chi
			A che età?
• Altro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	chi

Dichiarazione: io sottoscritto 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 di legge. Inoltre mi impegno a non fare uso di droghe riconosciute illegali e do atto di essere stato informato dei pericoli derivanti dal fumo di tabacco e dell'uso di alcool.

firma del dichiarante



COMPILAZIONE A CURA DELL' ATLETA SOLO NELLE PARTI ALL' INTERNO DEL RIQUADRO

(Deve compilare l'atleta o se minorenne il genitore)

Rispondi con una x sotto il Sì o NO		Sì	NO
B) ANAMNESI FISIOLOGICA			
Alimentazione	<i>Regime dietetico in atto</i>		
	<i>Senza glutine, senza lattosio</i>		
Fumo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <i>se sì, quante sigarette al gg?</i>
Alcolici e/o superalcolici		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <i>se sì, quanti litri settimanali?</i>
Uso farmaci		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <i>se sì, quali? Perché?</i>
Uso di droghe			_____
solo per le femmine:	<i>età prima mestruazione</i>		<i>data ultima mestruazione</i>
	_____		_____
Gravidanze		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <i>se sì quante?</i>
Vaccinazione antitetanica		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <i>anno ultima vaccinazione</i>
<i>Dichiarazione: io sottoscritto 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 di legge. Inoltre mi impegno a non fare uso di droghe riconosciute illegali e do atto di essere stato informato dei pericoli derivanti dal fumo di tabacco e dell'uso di alcool.</i>			
firma del dichiarante	_____		



COMPILAZIONE A CURA DELL' ATLETA SOLO NELLE PARTI ALL' INTERNO DEL RIQUADRO

(Deve compilare l'atleta o se minorenne il genitore)

Rispondi con una x sotto il Sì o NO		
	Sì	NO
B) ANAMNESI PATOLOGICA		
Soffri o in passato hai sofferto delle seguenti malattie?		
Diabete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malattie neurologiche/ epilessia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malattie renali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <i>se sì, quali?</i>
Ipertensione arteriosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malattie cardiache?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <i>se sì, specificare</i>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hai subito interventi chirurgici?		<i>se sì, specificare</i>
Hai subito infortuni o fratture?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <i>se sì, specificare</i>
Sei mai stato ricoverato in ospedale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <i>se sì, specificare</i>
 <i>Dichiarazione: io sottoscritto 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 di legge. Inoltre mi impegno a non fare uso di droghe riconosciute illegali e do atto di essere stato informato dei pericoli derivanti dal fumo di tabacco e dell'uso di alcool.</i>		
firma del dichiarante	

GIUDIZIO CONCLUSIVO

L'atleta all'atto della visita risulta: **NON IDONEO** **IDONEO**

Alla pratica dello sport agonistico per cui viene richiesta l'idoneità per il tempo di: **mesi** **anni**

Firma e timbro del medico sportivo:



COMPILAZIONE A CURA DELL' ATLETA SOLO NELLE PARTI ALL' INTERNO DEL RIQUADRO

Il / la Sottoscritto/a

Reso edotto ai sensi dell' art. 13 D. Lgs. n.196/2003 che:

- i dati forniti all'atto di sottoporsi alle prestazioni ambulatoriali, obbligatori per legge, serviranno sia per rilevare l'attuale stato di salute, sia per fini amministrativi e saranno conservati negli archivi della Salus Alpe Adria;
- i dati anagrafici, i referti, e quant' altro necessario saranno comunicati, in base alle norme vigenti, per quanto di competenza, alle aziende sanitarie locali, alle autorità di pubblica sicurezza e, dietro specifica richiesta, all'autorità giudiziaria o ad altri enti destinatari per legge o regolamenti;
- qualora i dati dovessero necessitare per finalità di ricerca scientifica o di statistica, saranno trasmessi in modo anonimo;
- i dati idonei a rilevare lo stato di salute saranno notificati all'interessato o ad un medico designato dall'interessato tramite il medico Responsabile di Reparto o suo delegato;
di aver visionato e ricevuto copia dell'informativa al trattamento dei dati personali (n.001 REV del 19.06.2018) e dell'informativa relativa al Dossier Sanitario (n. 001 REV del 19.06.2018) da parte di Salus Alpe Adria s.r.l., titolare del trattamento dati, e di essere informato, tra l'altro:

ACCONSENTE

al trattamento dei propri dati personali, dichiarando di aver avuto, in particolare, conoscenza che i dati medesimi rientrano nel novero dei dati sensibili di cui all'art.26 del suddetto decreto.

N.B. per i minori, per i soggetti fisicamente impossibilitati o incapaci di intendere o di volere, il consenso è manifestato da chi esercita legalmente la podestà, ovvero da un prossimo congiunto, da un familiare, da un convivente o, in loro assenza, dal responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato.

La sottoscritta **DICHIARA:**

- di aver visionato e ricevuto copia dell'informativa al trattamento dei dati personali (n.001 REV del 19.06.2018) e dell'informativa relativa al Dossier Sanitario (n. 001 REV del 19.06.2018) da parte di Salus Alpe Adria s.r.l., titolare del trattamento dati, e di essere informato, tra l'altro:
- della base giuridica e delle finalità del trattamento cui sono destinati i dati personali forniti dal/la sottoscritto/a, nonché delle relative modalità di trattamento;
- della possibilità di comunicare dei dati personali da parte del titolare a responsabili esterni del trattamento al solo fine dell'adempimento degli obblighi di legge o assistenza hardware/software;

TUTTO CIÒ PREMESSO

ai sensi e per gli effetti di cui agli articoli 7 e seguenti del Regolamento UE 2016/679

A) TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

RILASCIO IL CONSENSO

NON RILASCIO IL CONSENSO

al trattamento dei dati personali, ivi compresi i dati inerenti la salute, nonché, laddove necessario rispetto alla finalità esplicitate, di quelli ulteriori rientranti nelle particolari categorie di dati (c.d. sensibili) da parte di Salus Alpe Adria s.r.l., secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa ricevuta.

B) TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI MEDIANTE DOSSIER SANITARIO

RILASCIO IL CONSENSO

NON RILASCIO IL CONSENSO

alla costruzione del dossier sanitario ed al trattamento dei dati personali mediante il dossier stesso da parte di Salus Alpe Adria s.r.l., con le modalità e nei limiti indicati dalla normativa.

C) COMUNICAZIONI COMMERCIALI

RILASCIO IL CONSENSO

NON RILASCIO IL CONSENSO

all'utilizzo da parte di Salus Alpe Adria s.r.l. dei miei dati comuni identificativi (non rientranti in particolari categorie, ossia i dati non sensibili), per l'invio di materiale/comunicazioni pubblicitarie riguardanti l'attività di Salus Alpe Adria s.r.l. tramite posta, e-mail e sms, fermo restando il diritto opporsi, in qualunque momento e senza spese, al trattamento dei dati stessi per la presente finalità.

Tavagnacco, lì

firma leggibile