

Manzano, ___ / ___ / ___

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ (____) il ___ / ___ / _____, residente a

_____ (____) CAP _____ Via _____ n° _____

Tel _____ Sport agonistico: _____ Società _____

Sport non agonistico: _____ Società _____

• ANAMNESI FAMILIARE: GENITORI/NONNI/ZII DELL'ATLETA (INDICARE PARENTE)

Malattie cardiovascolari	SI	NO	Parente: _____
Diabete	SI	NO	Parente: _____
Malattie polmonari	SI	NO	Parente: _____
Decessi improvvisi	SI	NO	Parente: _____
Iperensione arteriosa	SI	NO	Parente: _____
Aneurismi aortici	SI	NO	Parente: _____

• ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA E REMOTA DELL'ATLETA

 Età _____ Sesso M F

Altezza _____ Peso _____

Fumo SI NO Se sì, n° sigarette: _____

Alcolici SI NO Se sì, n° bicchieri _____

Superalcolici SI NO

Caffè SI NO Se sì, n° _____

Svenimenti SI NO

Vertigini SI NO

Crisi convulsive SI NO

Cardiopatie SI NO

Encefalopatie SI NO

Malattie sistema nervoso SI NO Se sì, quali? _____

Iperensione arteriosa SI NO

Ipercolesterolemia SI NO

Disturbi visivi SI NO

Traumi cranici o commotivi SI NO

Traumi toracici SI NO

Fratture SI NO Se sì, quali? _____

Disfunzioni endocrine:

Tiroide SI NO

Surrene SI NO

Malattie renali SI NO

Uso di farmaci SI NO Se sì, quali? _____

Ricoveri SI NO Se sì, per? _____

Dolore toracico sotto sforzo SI NO

Allergie SI NO

Crisi asmatiche SI NO

Diabete mellito	SI	NO	
Malattie infettive	SI	NO	Se sì, quali? _____
Palpitazioni	SI	NO	

E' MAI stato dichiarato/a **NON IDONEO/A**? SI NO Motivo: _____

Il sottoscritto dichiara di aver risposto alle domande precedenti in maniera veritiera e completa, per quanto di propria conoscenza, di aver informato il medico con accuratezza e precisione in merito alle attuali condizioni psico-fisiche ed alle affezioni precedenti nonché agli infortuni eventualmente occorsigli, di non essere mai stato dichiarato non idoneo in precedenti visite medico-sportive, di non fare abuso di alcolici e di non utilizzare neppure in modo saltuario sostanze stupefacenti, dopanti o pseudo-dopanti (se non per fini terapeutici sotto prescrizione medica).

Firma del Dichiarante (se maggiorenne) _____

Firma del Tutore Legale _____

Sezione dedicata al Medico

E.O.	Trofismo muscolare	SI	NO			
	Costituzione	<input type="checkbox"/> normale	<input type="checkbox"/> gracile	<input type="checkbox"/> sovrappeso	<input type="checkbox"/> obeso	
	Apparato cardiocircolatorio		Negativo	SI	NO	
	Apparato respiratorio		Negativo	SI	NO	
	Apparato osteoarticolare		Negativo	SI	NO	
	Acuità visiva	<input type="checkbox"/> occhio dx	<input type="checkbox"/> occhio sin			
	Senso cromatico normale	SI	NO			
	Addome normale	SI	NO			
	Esame urine normale	SI	NO			
	Esame neurologico	SI	NO			
	IRI TEST	<input type="checkbox"/> ottimo	<input type="checkbox"/> buono	<input type="checkbox"/> discreto	<input type="checkbox"/> sufficiente	<input type="checkbox"/> insufficiente
	ECG a riposo normale	SI	NO			
	ECG dopo sforzo normale	SI	NO			

P.A. a riposo _____

P.A. dopo sforzo _____

Spirometria: MVC _____

Ulteriori accertamenti cardiologici:

ECO HOLTER TEST DA SFORZO

VALIDITA' MESI: 3 6 9 12

Firma del Medico _____

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO E CONSAPEVOLE PER TEST PER CERTIFICAZIONE MEDICO SPORTIVA

Da parte de ____ sottoscritt ____ (NOME/I E COGNOME/I LEGGIBILI)

_____ e _____

per conto del minore _____, si dichiara che:

1. è stata data informazione che, per poter conseguire la certificazione medico sportiva, l'atleta dovrà effettuare un test che prevede uno sforzo cardiovascolare (stabilito dallo specialista in base ad età, sesso e condizioni fisiche generali del soggetto), al termine del quale sarà sottoposto ad un elettrocardiogramma per valutare lo stato della funzionalità cardiovascolare;
2. sebbene la valutazione clinica e la presenza costante dello specialista (che è in grado di riconoscere precocemente eventuali problemi) riducano il rischio che tale sforzo produca stati di sofferenza cardiovascolare, non si può escludere del tutto il rischio connesso con tutte le attività di sforzo aerobico: dalla sensazione di mancanza di respiro (dispnea) fino alla fibrillazione atriale, all'arresto cardiaco ed all'infarto miocardico;
3. presso la struttura esistono i presidi medico chirurgici (tra i quali il defibrillatore) e le professionalità mediche in grado di affrontare tempestivamente gli eventi avversi che potrebbero verificarsi a seguito dello sforzo cardiovascolare richiesto e che quindi i rischi, se comparati al beneficio derivante dalla pratica sportiva, sono comunque contenuti, anche se non del tutto assenti (come del resto succede in tutte le attività umane);
4. è stata data possibilità di porre al ____ dottor ____ le domande ritenute opportune, ed in tal caso sono state ricevute risposte chiare e comprensibili, ivi compresa la possibilità di accedere a documentazione scritta per maggior approfondimento della tematica;
5. è stata data informazione che, se non avrà effettuato il test di cui sopra, l'atleta non potrà conseguire la certificazione di idoneità sportiva richiesta.

Tutto ciò premesso, si acconsente / non si acconsente (*coprire la voce che NON interessa*) a che l'atleta di cui sopra si sottoponga al test.

Manzano, _____ Firma dell'atleta (se di età maggiore di 14 anni)

I ____ Dichiarant _____ e _____

Timbro e firma del medico _____

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ**

(Art. 47 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

resa nell'ambito del consenso informato per prestazioni sanitarie su pazienti minorenni

Io sottoscritto/a

nato/a a (.....) il

residente a (.....)

in n.

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false,
e sotto la mia personale responsabilità, DICHIARO

- di essere genitore del minorenne

nato/a a il

- di essere stato/a informato/a delle disposizioni che regolano l'espressione del consenso per i figli minorenni di età;

- che il mio stato civile è il seguente (*barrare la voce che corrisponde alla propria situazione*):

- coniugato/a
- vedovo/a
- separato/a - divorziato/a, in situazione di:
 - affidamento congiunto
 - genitore affidatario
 - genitore non affidatario
- stato libero, in situazione di:
 - affidamento congiunto del minore
 - genitore affidatario
 - genitore non affidatario

- che ai fini dell'applicazione dell'art. 317 del Codice Civile, l'altro genitore **non** può firmare il consenso perché assente per (*barrare la voce che corrisponde alla propria situazione*):

- lontananza
- impedimento
- altro

- che, ai fini dell'applicazione della Legge del 8 febbraio 2006 n. 54 – *Disposizioni in materia di separazione dei genitori e affidamento condiviso dei figli*, art. 1 (Modifiche al Codice Civile) – limitatamente alle decisioni su questioni di ordinaria amministrazione, il giudice ha stabilito che io eserciti la potestà separatamente: SI NO (*barrare la voce che corrisponde alla propria situazione*)

- altro:

Udine,

Il/La Dichiarante (firma per esteso e leggibile)

La presente istanza è corredata da fotocopia del documento di identità del dichiarante.

Io sottoscritto/a dichiaro inoltre, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n.196 del 30 giugno 2003, di essere stato/a informato/a che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Udine,

Il/La Dichiarante (firma per esteso e leggibile)