

- SOLO RIPOSO
 CON SFORZO

Data _____

Cognome _____ Nome _____

Allo scopo di rendere più completo e sicuro il giudizio di idoneità all'attività sportiva, Le saremo grati se volesse rispondere al seguente questionario:

In famiglia (genitori, fratelli o sorelle, zii, nonni) qualcuno soffre o ha sofferto di:

- Malattie cardiache (infarti, valvulopatie, aritmie, malformazioni, sindrome di Brugada, QT lungo ecc.)
Indicare quale patologia e grado di parentela _____
- Morti improvvise prima dei 40 anni (indicare chi e la causa, se nota) _____
- Diabete (indicare chi) _____ - Iperensione (indicare chi) _____

Alle visite di idoneità sportiva precedenti le è stato richiesto qualche esame supplementare?(Ecocardiogramma, Holter, Test massimale, altro...e per quale motivo) _____

Ha/Ha avuto qualcuna delle seguenti patologie?

- | | | | |
|---------------------------------------|------------|--------------------------------|---------------------|
| -Iperensione | -Epilessia | -Asma | -Allergie |
| -Malattie reumatiche | -Polmonite | -Mononucleosi | -Pneumotorace |
| -Epatite virale | -Monorene | -Monorchide(un solo testicolo) | -Ipercolesterolemia |
| -Disturbi psicologici/comportamentali | _____ | | |
| -Altro | _____ | | |

E' mai svenuto?

(sincopi/lipotimie) _____ **Fuma?** _____

E' stato operato di: -Tonsillectomia -Adeinoidectomia -Appendicectomia -Ernia
-Meniscectomia DX SX -Ricostruzione Legamento Crociato DX SX -Varicocele -Testicolo ritenuto
-Altre operazioni _____

E' stato ricoverato in ospedale per altri motivi? Se si, precisare quando e per quali motivi _____

Ha riportato fratture o altri infortuni? Se si, precisare quando e in quale parte del corpo _____

Ha praticato esami radiografici o di laboratorio nell'ultimo anno? Se si, quali? _____

In questo periodo sta seguendo qualche cura? SI NO

Se si, quali farmaci sta prendendo e per quale motivo? _____

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 idoneo**, avere in corso sospensioni o essere in attesa di giudizio da parte di altro Centro. Inoltre mi impegno a non fare uso di droghe riconosciute illegali e do atto di essere informato sui pericoli derivanti dall'uso di fumo di tabacco, di sostanze dopanti e dall'abuso di alcool. Dichiaro altresì di essere consenziente ad eventuali controlli antidoping disposti dalla legislazione vigente.

FIRMA (del tutore se minore) _____

CONSENSO INFORMATO

Allo scopo di accertare la mia idoneità alla pratica sportiva, acconsento volontariamente ad essere sottoposto al **test da sforzo al cicloergometro**. Prima di sottopormi al test sono stato informato sulle modalità di esecuzione dell'esame e sono stato visitato da un medico il quale ha accertato che non sussistono controindicazioni. Sono stato informato che dovrò avvertire il medico della comparsa di dolore al petto o di ogni altro sintomo. Sono a conoscenza che il test, in rari casi, può fare insorgere problemi potenzialmente gravi e pericolosi, ma anche che il personale e le apparecchiature necessarie per fronteggiare qualsiasi urgenza sono disponibili in ogni momento. Ho letto e compreso chiaramente quanto sopra ed ho ottenuto risposta a ogni mia richiesta o chiarimento.

FIRMA (del tutore se minore) _____

Il Medico _____

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART.13, DECRETO LEGISLATIVO N. 196/2003

Gentile cliente, desideriamo informarla che il Decreto Legislativo n. 196/2003 prevede la tutela dei dati personali e l'implementazione di misure minime di sicurezza per la protezione degli stessi durante ogni fase del trattamento. Ai sensi dell'articolo 13 del Decreto Legislativo n. 196/2003, forniamo le seguenti informazioni:

- 1) **Finalità:** i dati personali saranno utilizzati per le attività legate alla gestione organizzativa interna delle prestazioni fornite dal nostro centro, per l'emissione dei titoli di pagamento (fatture), per comunicarle eventuali informazioni relative alle prestazioni da Lei eseguite presso la nostra struttura. Per alcuni particolari test i Suoi dati e parte del Suo campione potranno essere inviati presso altre strutture sanitarie che esercitano attività di "service di laboratorio".
- 2) **Modalità di trattamento:**
 - a) Con supporto cartaceo: i documenti contenenti i Suoi dati personali saranno custoditi in apposito archivio protetto e accessibile soltanto a personale autorizzato.
 - b) Con supporto informatico: i data base e le apparecchiature informatiche destinate al trattamento dei Suoi dati personali saranno protetti e accessibili soltanto a personale autorizzato e nel pieno rispetto delle misure minime di sicurezza previste dall'art. 34.
- 3) **Rilevazioni statistiche:** i dati saranno utilizzati per fini statistici interni.
- 4) **Responsabile del trattamento:** il titolare dei dati è CENTRO DE RUVO s.r.l. nella persona di Daniela Denaro.

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E DEI DATI SENSIBILI
Art. 23 – 26 D. Lgs. 196/03**

Il sottoscritto

Nato a Prov. il

.....

e residente a Prov.

.....

Via / Piazza

Tel.....Email.....

esprime il consenso al trattamento dei propri dati personali e dati sensibili, nel rispetto delle finalità e delle modalità riportate nell'informativa di cui sopra, da parte di CENTRO DE RUVO s.r.l.

Firma dell'interessato

(o del tutore se minore)