



BLUMEDICA
PoliambulatorioSpecialistico
Via Monte Grappa, 26/b
36066 SANDRIGO (VI)
P. Iva e C.F. 0324909090246

**ISCRIZIONE ALL'ALBO REGIONALE N. B/358
SCHEDA DI VALUTAZIONE MEDICO - SPORTIVA**

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ Prov () il _____

Tel. _____

Residente _____ via _____ N. _____

Domicilio _____ via _____ N. _____

Documento di identità n. _____

Ulss di appartenenza n. _____

Sport per cui è richiesta la visita _____

Altri sport ev. praticati _____

Età inizio attività sportive _____

Prima visita _____ Visite successive _____

Privato _____ Società _____

In sospensione per: _____

ANAMNESI

A. Familiare _____

A. Fisiologia _____

Menarca _____ Data ultima mestruazione _____

Fumo _____ Alcool _____

A. Patologica _____

Interventi chirurgici _____

Infortuni _____

DICHIARAZIONE: Io sottoscritto/a dichiaro di aver informato esattamente il medico delle mie attuali condizioni psico-fisiche e delle affezioni precedenti e di non essere mai stato/a non idoneo/a in precedenti visite medico-sportive. Mi impegno inoltre a non far uso di droghe riconosciute illegali, essendo stato/a informato/a dei pericoli derivanti dall'impiego delle stesse, dal fumo del tabacco e dall'uso di alcool. Dichiaro inoltre di non avere in sospeso accertamenti presso altre strutture pubbliche o private accreditate.

Firma del dichiarante _____

ESAME OBIETTIVO

Trofismo _____ Peso Kg _____ Statura cm _____

Apparato locomotore _____

Apparato respiratorio _____

Apparato cardiocircolatorio _____

P.A. a riposo _____

Addome e organi genitali _____

Acuità visive: naturale OD _____ /10 OS _____ /10

corretta OD _____ /10 OS _____ /10

Sensocromatico _____

Udito _____

Firma del medico _____

STORIA PERSONALE DELL' ATLETA

Hai mai avuto una perdita di sensi (svenimento-sincope) o quasi perdita dei sensi (lipotimia)			NO	SI
Durante sforzo fisico	☐	Dopo sforzo fisico	☐	Non correlato all'esercizio fisico

Hai mai avuto capogiri o vertigini			NO	SI
Durante sforzo fisico	☐	Dopo sforzo fisico	☐	Non correlato all'esercizio fisico

Hai mai avuto malessere, dolore al torace, pressione o costrizione toracica			NO	SI
Durante sforzo fisico	☐	Dopo sforzo fisico	☐	Non correlato all'esercizio fisico

Hai mai avuto il battito cardiaco troppo accelerato (palpitazioni, cardiopalmo) o che salti qualche battito (battiti irregolari, extrasistoli)			NO	SI
Durante sforzo fisico	☐	Dopo sforzo fisico	☐	Non correlato all'esercizio fisico

Hai mai avuto il fiato corto (affanno) o fatica eccessiva più di quello che ti aspettavi o superiore ai tuoi compagni			NO	SI
Durante sforzo fisico	☐	Dopo sforzo fisico	☐	Non correlato all'esercizio fisico

Hai mai avuto problemi respiratori (difficoltà di respiro, dispnea, fischi, tosse, costrizione toracica)			NO	SI
Durante lo sforzo	☐	Dopo lo sforzo	☐	Non correlato all'esercizio fisico

SEI AFFETTO DALLE SEGUENTI PATOLOGIE

Ipertensione arteriosa	NO	SI	.....	Colesterolo elevato	NO	SI
Diabete mellito tipo 1	NO	SI	.....	Diabete mellito 2	NO	SI
Malattie del cuore	NO	SI				
Infezioni al cuore (miocardite, pericardite)	NO	SI				
Crisi convulsiva inspiegata	NO	SI	.....	Epilessia	NO	SI
Allergie (pollini, polveri, cibi insetti, farmaci, ecc.....)	NO	SI	.....	Arrossamenti orticaria, o eruzioni durante o dopo lo sforzo fisico	NO	SI
.....						
Malattie dell'apparato muscolo-scheletrico	NO	SI	.....	Specificare		
Lesioni muscolari (strappi stiramenti)	NO	SI		Lesioni di legamenti o minischi	NO	SI
Distorsioni	NO	SI		Fratture	NO	SI
Scoliosi	NO	SI		Hai usato busti o ginnastica correttiva	NO	SI
Malattie dell'apparato Neurologico	NO	SI	.....			
Ictus	NO	SI	.....	Traumi cranici maggiori	NO	SI
Malattie dell'apparato respiratorio	NO	SI	.....	Polmoniti	NO	SI
Asma bronchiale o bronchite asmatica	NO	SI		Otiti	NO	SI
malattie dell'app. ORL	NO	SI		Sinusiti	NO	SI
				Tonsilliti	NO	SI

Malattie del sangue	☐ NO	☐ SI	.....		
Anemia	☐ NO	☐ SI		Emofilia	☐ NO ☐ SI
Malattie del fegato	☐ NO	☐ SI	.....		
Malattie dei reni	☐ NO	☐ SI	.....		
Malattie della tiroide	☐ NO	☐ SI	.....		
Febbre reumatica	☐ NO	☐ SI			
Ev. uso di occhiali	☐ NO	☐ SI		Ev. uso lenti a contatto	☐ NO ☐ SI
Malattie dell'occhio	☐ NO	☐ SI			
Malattie infettive nell'ultimo mese	☐ NO	☐ SI	.....		
Epatite A, B, o C	☐ NO	☐ SI		Monucleosi	☐ NO ☐ SI
VACCINAZIONI					
Vaccinazione Antitetanica	☐ NO	☐ SI	Se si data ultimo richiamo		
Interventi chirurgici	☐ NO	☐ SI	Specificare.....		
Tonsillectomia	☐ NO	☐ SI		Appendicectomia	☐ NO ☐ SI
Adenoidectomia	☐ NO	☐ SI		Ernia discale	☐ NO ☐ SI
TERAPIE FARMACOLOGICHE					
Negli ultimi due anni hai preso farmaci in modo costante				☐ NO	☐ SI
Attualmente stai usando farmaci (pillole o bustine per orale, inalatori o fiale per via intramuscolo o sottocutanea) prodotti erboristeria su prescrizione medica o da banco.				☐ NO	☐ SI

ALTRE NOTIZIE

Professione	esposto a rischi.....		da anni.....	
FUMO	☐ NO	☐ SI	numero di sigarette al giorno.....	
Data inizio.....			Data di fine.....	
ALCOL (vino, birra,...)	☐ NO	☐ SI	Quantità al giorno.....	
Data inizio.....			Data di fine.....	
integratori	☐ NO	☐ SI	specificare.....	
Sostanze dopanti	☐ NO	☐ SI	specificare.....	
Stupefacenti	☐ NO	☐ SI	specificare.....	

PER LE RAGAZZE/DONNE IN ETA' FERTILE:

Cicli mestruali	☐ NO	☐ SI	Regolari	☐ NO	☐ SI
Eta' prima mestruazione.....			Data ultima mestruazione.....		
Soffri di disturbi del ciclo (mestruazioni frequenti, dolorose, o con perdite abbondanti)				☐ NO	☐ SI
assumi anticoncezionali	☐ NO	☐ SI			
NOTE					
.....					
.....					
.....					
.....					

INFORMATIVA ai sensi del GDPR 679/2016 sul trattamento dei dati personali

ottemperanza al nuovo GDPR 679/2016 regolamento UE in materia di trattamento dei dati personali e della libera circolazione degli stessi. Le comunichiamo che i Suoi dati saranno trattati con le modalità e per le finalità di seguito elencate.

1. **Titolare del trattamento** è Faresin Elisa con sede a Sandrigo (VI), in via Montegrappa 26/b, c.f. FRSLSE75H62H829M pec blumedicasrl@pec.it
2. **Oggetto del trattamento:** Il titolare del Trattamento ed i collaboratori trattano i dati personali da Lei comunicati in occasione della prima visita presso lo studio medico.
3. **Finalità del trattamento:** ai sensi dell'art. 6 lett. b) e) GDPR 679/2016 i dati forniti, verbalmente, per iscritto, tramite supporto magnetico o via internet, verranno trattati solo ed unicamente per l'espletamento da parte del Titolare del trattamento delle finalità attinenti l'attività di Poliambulatorio Medico connesse alle reciproche obbligazioni derivanti dal rapporto contrattuale con Voi instaurato.

Il trattamento riguarderà anche dati personali rientranti nel novero dei dati "sensibili" in quanto idonei a rilevare uno stato generale di salute per le finalità connesse con le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione.

4. **Modalità del trattamento:** in base all'art. 4 n. 2) GDPR il trattamento viene realizzato attraverso la raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, cancellazione e distruzione dei dati e può essere effettuato per mezzo di strumenti manuali e cartacei e anche con l'ausilio di sistemi elettronici e informatici, e memorizzati sia su supporti informatici che supporti cartacei e su ogni altro tipo di supporto nel rispetto delle misure minime di sicurezza. I dati di natura sensibile verranno trattati esclusivamente dal Titolare del trattamento e suoi collaboratori. Il Titolare tratterà i suoi dati personali per il tempo necessario per adempiere alle attività attinenti lo scopo sociale ed in particolare a norma di legge non oltre i 10 anni dalla cessazione del rapporto per scopi contabili e fiscali e non oltre i 2 anni dalla raccolta dei dati per le finalità relative all'attività medica.
5. **Accessibilità, comunicazione e diffusione dei dati:** i dati di cui sopra non saranno in alcun modo diffusi; potranno essere resi accessibili a dipendenti e collaboratori del Titolare nella loro qualità di incaricati e/o responsabili interni del trattamento e/o amministratori di sistema, potranno essere comunicati o trasmessi a terzi chiamati a svolgere specifici incarichi per conto della scrivente (medici specialisti, medici associati e collaboratori, aziende ospedaliere, case di cura private, consulenti professionali e legali, fiscalisti, centri di elaborazione dati ecc.) che svolgono attività in outsourcing per conto del Titolare nella loro qualità di responsabili esterni del trattamento.
6. **Natura del conferimento:** tutti i dati richiesti sono obbligatori; in caso di mancato inserimento di uno o più dati obbligatori e/o rifiuto al trattamento degli stessi, l'interessato non potrà godere dei servizi richiesti, in quanto potrà determinare l'impossibilità dello scrivente a dar corso ai rapporti contrattuali medesimi.
7. **Diritti dell'interessato:** in ogni momento potrete esercitare i Vs. diritti nei confronti del titolare del trattamento, ossia: (art. 15 **diritto di accesso**) richiedere in qualsiasi momento la conferma o meno dell'esistenza dei dati, la loro origine, le finalità e le modalità del loro trattamento nonché (art. 16 **diritto di rettifica**) l'aggiornamento, la rettificazione, l'integrazione dei dati o (art. 17 **diritto di cancellazione**) la loro cancellazione ed eventualmente (art. 18 **limitazione** e art. 13 **opposizione al trattamento**) limitare o opporvi al loro trattamento, avete diritto di reclamo all'Autorità Garante (art. 77 **diritto al reclamo**).
8. **Modalità di esercizio dei diritti:** potrà in qualsiasi momento esercitare i diritti inviando una raccomandata a.r. a BluMedica – Sandrigo (VI) – via Montegrappa 26/b oppure una e-mail all'indirizzo
L'elenco aggiornato degli eventuali responsabili e degli incaricati al trattamento è custodito presso la sede del Titolare del trattamento.

Per presa visione dell'informativa e consenso al trattamento:

Io sottoscritto **Cognome** **Nome**
nato/a **il**
e residente a **in via** **n. civico**

(DA COMPILARE SOLO IN CASO DI MINORE ETÀ')

Esercitando la patria potestà / tutela su
nato/a **il**
e residente a **in via** **n. civico**

DICHIARO:

di aver acquisito e compreso l'informativa per il trattamento dei dati personali e sanitari, fornitami ai sensi del D. lg. 679/2016 e di essere a conoscenza del fatto che i dati raccolti vengono detenuti in base agli obblighi di legge come sopra riportato.

☐ **AUTORIZZO:**

☐ **NON AUTORIZZO :**

Il Dott. Brusomini Augusto a trattare i miei dati inerenti a prestazioni effettuate presso il Poliambulatorio Blumedita in via Montegrappa, 26/b a Sandrigo a fini di tutela della mia salute o incolumità fisica, oppure della salute o incolumità fisica dell'assistito.

☐ **ACCONSENTO:**

☐ **NON ACCONSENTO:**

a fornire informazioni sul proprio stato di salute a familiare, (indicare nominativo e grado di parentela).....

Firma dell'interessato, o dell'esercente la potestà/tutela

.....

Luogo e data

ESAME URINE

Atleta _____ d.n. _____

Leucociti	neg.	15	70	125	500		
Nitriti	neg.	pos.					
Urobilinogeno	norm.	16	32	64	128mg/dl		
Proteine	neg.	tracce	0,3	1	3	20,0 g/l	
ph	5	6	6,5	7	7,5	8	8,5
Sangue	neg.	10n.h.	10h	25	80	200	
Peso specifico	1000	1005	1010	1015	1020	1025	1030
Chetoni	neg.	5	1,5	4	8	16 mmol/l	
Bilirubinemia	neg.	x	xx	xxx			
Glucosio	neg.	5	15	30	60	110 mmo/l	

NOTE

: _____

DATA ____/____/____

FIRMA _____

**CONSENSO ALLA VISITA ED AGLI ACCERTAMENTI
DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ**

Questionario da compilare a cura dell'atleta maggiorenne o di uno dei genitori, in caso di atleta minorenni

Cognome e Nome Data di nascita

INFORMAZIONI GENERALI

Prima visita per l'Idoneità Sportiva	☐ No	☐ Sì	Disciplina
Rinnovo del certificato per l'Idoneità Sportiva	☐ No	☐ Sì	
Sempre risultato idoneo	☐ No	☐ Sì	
Risultato idoneo dopo accertamenti	☐ No	☐ Sì	
Accertamenti praticati e motivo			
In passato è risultato non idoneo	☐ No	☐ Sì	Nell'anno
Per quale motivo:			

SPORT PRATICATO A LIVELLO AGONISTICO

	Iniziato a	Finito a	Livello	Note

STORIA FAMILIARE (genitori, fratelli, nonni, zii e cugini diretti)

Hai un membro della famiglia o un parente morto per problemi cardiaci o che ha avuto una morte improvvisa inaspettata o inspiegabile prima dei 50 anni (compreso infarto miocardico prematuro, annegamento, incidente d'auto inspiegato o sindrome della morte improvvisa infantile)	☐ No	☐ Sì
Hai un qualsiasi membro della famiglia o un parente (Genitori, Fratelli, Cugini, Zii e Nonni) con inspiegabili svenimenti, crisi convulsive, incidenti d'auto inspiegati o pre-annegamento	☐ No	☐ Sì
Qualche problema cardiaco invalidante, pacemaker o defibrillatore impiantati, trapianto cardiaco, chirurgia cardiaca, o trattato per aritmie cardiache	☐ No	☐ Sì
Hai un membro della famiglia o un parente affetto da cardiomiopatia aritmogena del ventricolo destro, cardiomiopatia dilatativa, cardiomiopatia ipertrofica, sindrome di Brugada, sindrome del QT lungo o corto, sindrome di Marfan, tachicardia ventricolare polimorfa catecolaminergica, cardiopatie congenite	☐ No	☐ Sì
Cardiopatia ischemica insorta prima dei 55 anni per i maschi e prima dei 65 anni per le femmine	☐ No	☐ Sì
Iperensione arteriosa, Diabete mellito, Ipercolesterolemia, Asma e malattie allergiche, Malattie respiratorie, neurologiche, del sangue o tumori	☐ No	☐ Sì
Specificare:		