BIOSMEDICA

LO SPORT IN SALUTE

FMSI Federazione Medico Sportiva Italiana

COGNOME_____ NOME_____ ETA'_____

NATO A _____ IL_____ C.F._____

RESIDENTE IN_____ VIA _____ N._____

SPORT AGONISTICO ☐ **SPORT NON AGONISTICO** ☐

DOMANDE RIFERITE AI FAMILIARI (GENITORI, FRATELLI, NONNI)

Diabete: si ☐ no ☐ Chi? _____
Asma: si ☐ no ☐ Chi? _____
Ipertensione arteriosa: si ☐ no ☐ Chi? _____
Cardiopatia ischemica od infarto: si ☐ no ☐ Chi? _____
Morte improvvisa: si ☐ no ☐ Chi? _____; a che età? ____; causa? _____
Altro: _____

DOMANDE RIFERITE AGLI ATLETI DA VISITARE

TIPO DI LAVORO PRATICATO:_____
QUANTE SIGARETTE FUMI AL GIORNO? nessuna ☐ 5/10 ☐ più di 10 ☐ , da quanti anni?_____
ex ☐, per quanti anni?_____, da quanto hai smesso?_____
BEVI ALCOLICI O SUPERALCOLICI? : si ☐ no ☐ se SI quanto di media al giorno _____
ASSUMI ABITUALMENTE O HAI ASSUNTO DEI FARMACI? : si ☐ no ☐
Se SI, quali e perché? _____

SOFFRI O HAI SOFFERTO DI MALATTIE COME:

Diabete: si ☐ no ☐ Usi insulina? si ☐ no ☐
Malattie e/o aritmie cardiache: si ☐ no ☐ Se SI, quali? _____
Ipertensione arteriosa : si ☐ no ☐
Epilessia : si ☐ no ☐
Altre malattie neurologiche : si ☐ no ☐ Se SI, quali? _____
Allergie: si ☐ no ☐ Se SI, a cosa? _____
Asma: si ☐ no ☐
Altre malattie respiratorie : si ☐ no ☐ Se SI, quali? _____
Hai mai avuto INTERVENTI CHIRURGICI? si ☐ no ☐ Se SI, quali e quando? : _____
Hai mai avuto FRATTURE? si ☐ no ☐ Se SI, quali e quando? : _____
Hai mai avuto INFORTUNI RILEVANTI? si ☐ no ☐ Se SI, quali e quando? : _____
Hai mai avuto TRAUMI CRANICI? si ☐ no ☐ Se SI, quando? _____
con svenimento? si ☐ no ☐ ; con ricovero? si ☐ no ☐ ; esami eseguiti: _____
ASSENZA O ALTERATA FUNZIONE DI QUALCHE ORGANO INTERNO? si ☐ no ☐
Se SI, quale? _____ dovuta a _____
ALTRE PATOLOGIE DA SEGNALARE?: _____

DURANTE O AL TERMINE DELLA PRATICA DELLO SPORT HAI MAI ACCUSATO MALESSERI IMPROVVISI QUALI:

DOLORI AL TORACE si ☐ no ☐ quando? _____; con che frequenza? _____ descrivili: _____

SVENIMENTI si ☐ no ☐ quando? _____; con che frequenza? _____ descrivili: _____

DISTURBI DEL RITMO CARDIACO si ☐ no ☐ quando? _____; con che frequenza? _____ descrivili: _____

BIOSMEDICA

LO SPORT IN SALUTE

FMSI Federazione Medico Sportiva Italiana

NOTIZIE RELATIVE ALLE PRECEDENTI VISITE PER IDONEITA' SPORTIVA

HAI GIA' ESEGUITO VISITE PER L'IDONEITA' AGONISTICA O NON AGONISTICA? **si ☐ no ☐**

Se SI quale? NON AGONISTICA ☐ AGONISTICA ☐

IN TALI VISITE SEI MAI STATO GIUDICATO NON IDONEO? si ☐ no ☐ O SOSPESO? si ☐ no ☐

Se SI per quale motivo? _____

SONO MAI STATI RICHIESTI ALTRI ESAMI (es. Ecocardiogramma, Holter, Test da sforzo, ecc) **si ☐ no ☐**

Se SI per quale motivo? _____

MALATTIE INFANTILI

Varicella	si ☐	no ☐	Morbillo	si ☐	no ☐	Rosolia	si ☐	no ☐
Parotite (orecchioni)	si ☐	no ☐	Pertosse	si ☐	no ☐	Scarlattina	si ☐	no ☐
Mononucleosi inf.	si ☐	no ☐	Epatite B	si ☐	no ☐	Epatite C	si ☐	no ☐
Altre malattie?	si ☐	no ☐	Se SI, quali _____					

VACCINAZIONI

Morbillo/rosolia/parotite	si ☐	no ☐	Epatite B	si ☐	no ☐
Papilloma Virus (HPV)	si ☐	no ☐	Tetano	si ☐	no ☐

NOTIZIE RELATIVE ALLA VISTA

PATOLOGIE O DIFETTI VISIVI? si ☐ no ☐. Se SI, quali? _____

UTILIZZI OCCHIALI O LENTI A CONTATTO? si ☐ no ☐

Se SI, cosa usi durante lo sport? Occhiali ☐ Lenti a contatto ☐ Nulla ☐

NOTIZIE RELATIVE ALL'UDITO

PATOLOGIE o DIFETTI UDITIVI? no ☐ si ☐ Se SI, quali? _____

Se SI, usi protesi auricolari? no ☐ si ☐

NOTIZIE RELATIVE AGLI SPORT PRATICATI

QUALE SPORT PRATICHI? _____ DA QUANTI ANNI? _____

N° ALLENAMENTI A SETTIMANA: _____ DURATA DELL'ALLENAMENTO: _____

SOCIETA' SPORTIVA D'APPARTENENZA _____

RECAPITI PER EVENTUALI COMUNICAZIONI DA PARTE DEL MEDICO VISITATORE

Tel. / Cellulare: _____ e-mail: _____

(Per i minori) Tel / Cellulare del genitore : _____, nome genitore : _____

DICHIARAZIONE: Io sottoscritto dichiaro di aver informato esattamente il medico delle mie attuali condizioni psicofisiche, delle affezioni precedenti e di non essere mai stato dichiarato non idoneo in precedenti visite sportive di legge o essere in attesa di giudizio idoneativo da parte di altro medico. Inoltre m'impegno a non far uso di droghe riconosciute illegali e dall'uso improprio di farmaci. Dò atto di essere informato dei pericoli derivanti dal fumo di tabacco, di sostanze dopanti e dall'abuso di alcool. La dichiarazione va sottoscritta dal visitato o, nel caso minorenne, da almeno un genitore.

Sottoscrizione dopo presa visione di quanto dichiarato e colloquio chiarificatore con il medico.

DATA _____

Firma del medico _____

Firma dell'atleta o del tutore se minore _____

Biosmedica S.r.l. – Via Forni di Sotto , 38 - 33100 Udine Tel. 0432 – 478648

BIOSMEDICA
LO SPORT IN SALUTE

FMSI Federazione Medico Sportiva Italiana

ATTO DI CONSENSO INFORMATO
VISITA MEDICA E
STEP-TEST E/O TEST ERGOMETRICO AL CICLOERGOMETRO

COGNOME E NOME:_____

NATO A _____ IL _____

Il sottoscritto chiede di essere sottoposto a visita medica comprensiva di esame strumentale per valutazione cardiaca mediante step-test e/o test ergometrico al cicloergometro. Dichiara di essere a conoscenza che tali test contengono intrinsecamente un margine di rischio per ischemie coronariche e/o aritmie ipercinetiche.

Tali test, in caso di rischio anche minimo, verranno immediatamente sospesi dall'equipe medica come pure potranno essere sospesi in ogni momento su richiesta del soggetto visitato, considerandoli eseguiti ai soli fini amministrativi.

Dichiara altresì di aver correttamente informato l'equipe visitante delle condizioni di salute, delle malattie pregresse e dei farmaci assunti, nonché dichiara di non aver posto in essere comportamenti tali da rendere pericoloso tale esame quali ad esempio l'assunzione di sostanze attive in grado di falsare la normale risposta fisiologica allo stress.

Il sottoscritto dichiara di accettare il consenso informato
(in questo caso **sarà possibile** procedere all'esame per il rilascio dell'idoneità). ☐

Il sottoscritto dichiara di NON accettare il consenso informato
(in questo caso **non sarà possibile** procedere all'esame per il rilascio dell'idoneità). ☐

Firma dell'atleta o del tutore se minore

DATA_____ _____

Biosmedica S.r.l. – Via Forni di Sotto , 38 - 33100 Udine Tel. 0432 – 478648

BIOSMEDICA

LO SPORT IN SALUTE

FMSI Federazione Medico Sportiva Italiana

INFORMATIVA EX ART. 13 D. LGS. 196/2003

Gentile *Signore/a*,
ai sensi dell'articolo 13 del D.lgs. n.196/2003, La informiamo che ***Biosmedica S.r.l.***, in qualità di titolare del trattamento, tratterà alcuni Suoi dati personali, acquisiti durante le eventuali visite, diagnosi, e/o terapie svolte presso la propria struttura, al fine di:

- Effettuare le valutazioni medico sportive prescritte dalla normativa sanitaria, nazionale e regionale, vigente, ivi cómprese le visite specialistiche che si dovessero rendere necessarie, per il rilascio delle prescritte idoneità.
- Gestire i profili contrattuali, contabili, amministrativi e sanitari della prestazione erogata (rientrano in tali finalità l'utilizzo di utenze fisse e mobili o indirizzi email da Lei comunicati, per ricordarLe (tramite telefonate o SMS o e-mail) date e scadenze di visite sanitarie).
- Gestire il fascicolo sanitario e, dove previsto, la produzione dei referti diagnostici.

In particolare ***Biosmedica S.r.l.,*** tratterà i seguenti dati personali:

A) **Dati anagrafici ed identificativi** (nome e cognome, data e luogo di nascita, residenza, recapiti telefonici e fax, mail, codice fiscale e P.IVA, tesseramento, società d'appartenenza);
B) **Dati sanitari** richiesti per l'accertamento delle idoneità medico sportive agonistiche e non, previste dai Decreti Ministeriali 18.02.1982, 28.02.1983 e 04.03.1993 e dalla ulteriore normativa, nazionale e regionale, vigente e successivamente intervenuta, nonché più in generale quelli acquisiti nell'espletamento delle prestazioni mediche effettuate in Suo favore;
C) **Altri dati** sanitari da Lei spontaneamente forniti relativi al Suo stato di salute;
D) **Dati sanitari** contenuti nel foglio di anamnesi che Le viene somministrato.

Il trattamento di cui ai punti B), C) e D) può riguardare dati "sensibili", idonei a rivelare "***lo stato di salute***", riguardanti in particolare le informazioni di tipo medico ricavabili nell'espletamento della prestazione medica, dagli esami strumentali (es. spirometria, elettrocardiogramma, ecocardiogramma, holter) o contenute nei risultati di laboratorio dei campioni prelevati.

1 - Modalità di raccolta e trattamento: i dati vengono da noi raccolti con la esclusiva finalità di effettuare quanto previsto dai decreti sopra richiamati e dalla Legge Regionale 66/1981 ed ai fini della tutela della salute della persona. I dati verranno trattati anche con l'ausilio di mezzi elettronici a cura del personale di *Biosmedica s.r.l.*, in qualità di incaricati del trattamento, nonché dal personale medico e paramedico espressamente incaricato. In ordine alla gestione della scadenza/fissazione o cancellazione di visite mediche, verrà contattato direttamente sull'utenza mobile (anche tramite SMS) o fissa da Lei indicata, nonché aggiornato (tramite newsletter all'indirizzo e-mail fornito) in merito alle attività ed ai servizi offerti, nonché informazioni sui corretti stili di vita.

2 - Ambito di comunicazione dei dati:

- i dati di cui ai punti A), B), C) e D) potranno essere comunicati alle strutture pubbliche (ASL per territorio e Regione) per gli adempimenti previsti dalla normativa di settore;
- i campioni biologici eventualmente prelevati saranno trasmessi nell'ambito delle finalità sopraindicate, presso i laboratori di analisi che per nostro conto effettuano gli esami analitici da noi richiesti;
- una copia del certificato di idoneità all'attività sportiva agonistica e non, verrà consegnato ai fini di legge alla Sua società sportiva. L'eventuale inidoneità/sospensioni all'attività sportiva in attesa di accertamenti, verrà comunicata senza alcun riferimento alle patologie riscontrate o diagnosi cliniche.
- i dati di cui al punto A) verranno trasmessi ai consulenti legali, in caso di controversie, e fiscali per gli adempimenti di legge;
- i dati che precedono verranno trasmessi in forma rigorosamente anonima agli enti di ricerca scientifica in campo statistico, epidemiologico, biomedico o clinico o per pubblicazioni scientifiche; alle società sportive di appartenenza ed alla Federazione o Ente di Promozione Sportiva di riferimento, limitatamente alla comunicazione di idoneità all'attività agonistica e non, senza diagnosi clinica;
- i dati che precedono verranno trasmessi in forma rigorosamente anonima alla U.O. Prevenzione della Direzione Generale Sanità per gli adempimenti di cui alle normative sopra indicate.

3 - Ambito di diffusione dei dati: i dati di cui ai punti A), B), C) e D) non saranno soggetti a diffusione.

4 - Obbligatorietà del conferimento: il conferimento dei dati di cui alla presente informativa è obbligatorio ai fini del raggiungimento delle finalità sopra indicate. L'eventuale rifiuto, infatti, non consentirà la erogazione della prestazione sanitaria richiesta né il rilascio della certificazione medica necessaria ai sensi della normativa sanitaria di riferimento, ne l'aggiornamento su eventuali scadenze di visite programmate.

5 - Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti ex art.7 D.Lgs 196/2003: in qualunque momento potrà conoscere i dati che La riguardano, sapere come sono stati acquisiti, verificare se sono esatti, completi, aggiornati e ben custoditi, e far valere i suoi diritti al riguardo attraverso specifica istanza da indirizzare tramite raccomandata al Titolare del trattamento.

6 - Il Titolare del trattamento: il Titolare del trattamento: Biosmedica S.r.l. – Via Forni di Sotto , 38 - 33100 Udine.

7 - Il Responsabile del Trattamento: Dott. Giorgio Indovina, c/o : Biosmedica S.r.l. – Via Forni di Sotto , 38 - 33100 Udine

CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI AI SENSI DELL'ART. 23 D. Lgs 196/03

Io sottoscritto _____ letta l'informativa di cui all'art. 13 del D.lgs. n. 196/2003 che precede, acconsento al trattamento dei dati personali, ivi compresi quelli sensibili, nelle modalità e per le finalità sopra descritte.

DATA_____ FIRMA_____
(L'interessato o il legale/i rappresentante/i del minore)