



ISTITUTO DI MEDICINA DELLO SPORT DI MILANO S.r.l.

COGNOME	NOME	
LUOGO E DATA DI NASCITA		
RESIDENTE A	VIA	N°

RECAPITI PER EVENTUALI COMUNICAZIONI DA PARTE DEL MEDICO VISITATORE

Tel. Abitazione Tel Ufficio
Tel Cellulare Indirizzo mail

N.b. In caso di atleta minorenni indicare i numeri telefonici di entrambi i genitori

DOMANDE RIFERITE A FAMILIARI (GENITORI, FRATELLI, NONNI)

Diabete	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	chi? _____
Asma	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	chi? _____
Ipertensione arteriosa	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	chi? _____
Cardiopatia ischemica od infarto	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	chi? _____
Morte improvvisa	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	chi? _____ ; a che età? _____ ; causa? _____
Altro	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	chi? _____

DOMANDE RIFERITE AGLI ATLETI DA VISITARE

SOLO PER LE DONNE:

Data prima mestruazione _____ data ultima _____
Usi anticoncezionali? Si No quali? _____

SOLO PER GLI UOMINI:

abile al servizio di leva Si No
Se NO perché: _____

SEI PORTATORE DI UN SOLO ORGANO? Si No quale? _____

TIPO DI IMPIEGO:

QUANTE SIGARETTE FUMI AL GIORNO? Nessuna 5/10 più di 10
da quanti anni? _____
Ex fumatore per quanti anni? _____ Da quanto hai smesso? _____

BEVI ALCOLICI O SUPERALCOLICI? Si No Se si quanto in 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 <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Usi insulina?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Malattia e/o aritmie cardiache	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Se Si quali?		
Ipertensione arteriosa	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>			
Epilessia	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>			
Altre malattie neurologiche	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Se Si quali?		
Allergie	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Se Si a cosa?		
Asma	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Se Si quali?		
Altre malattie respiratorie	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Se Si quali?		
Hai mai avuto INTERVENTI CHIRURGICI?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Se Si quali e quando?		
Hai mai avuto FRATTURE?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Se Si quali e quando?		
Hai mai avuto INFORTUNI RILEVANTI?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Se Si quali e quando?		
Hai mai avuto TRAUMI CRANICI	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Se Si quali e quando?		
Con svenimento?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Con ricovero?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> esami eseguiti: _____
ALTRE PATOLOGIE DA SEGNALARE?					

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

DOLORI AL TORACE	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	quando? _____	Con che frequenza?	Descrivili _____
SVENIMENTI	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	quando? _____	Con che frequenza?	Descrivili _____



ISTITUTO DI MEDICINA DELLO SPORT DI MILANO S.r.l.

ATTO DI CONSENSO INFORMATO

3/4

STEP TEST/ O TEST ERGOMETRICO AL CICLOERGOMETRO

COGNOME E NOME _____

(Inserire dati dell'atleta)

NATO A _____ IL _____

Il sottoscritto chiede di essere sottoposto ad esame strumentale per valutazione cardiaca mediante step test e/o test ergometrico al cicloergometro. Dichiaro 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.

Dichiaro altresì di avere correttamente informato l'equipe visitante delle condizioni di salute, delle malattie pregresse e dei farmaci assunti, nonché dichiaro 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 **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 _____



ISTITUTO DI MEDICINA DELLO SPORT DI MILANO S.r.l.

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

4/4

Gentile Signore/a,

ai sensi dell'articolo 13 del D. lgs. N. 193/2003, La informiamo che l'**ISTITUTO DI MEDICINA DELLO SPORT DI MILANO 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 comprese 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.
- Gestire fascicolo sanitario e, dove previsto, la produzione dei referti diagnostici.

In particolare l'ISTITUTO DI MEDICINA DELLO SPORT DI MILANO S.r.l. tratterà i seguenti dati personali:

- A) Dati anagrafici e identificativi** (nome e cognome, data e luogo di nascita, residenza, telefono 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 il Suo favore;
- C) Altri dati** sanitari da Lei spontaneamente forniti relativi al Suo stato di salute.

Il trattamento di cui ai punti B) e C) 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 Istituto di Medicina dello Sport di Milano S.r.l. in qualità di incaricati del trattamento nonché dal personale medico e paramedico espressamente incaricato.

2- Ambito di comunicazione dei dati:

- i dati di cui ai punti A), B), C) potranno essere comunicati alle strutture pubbliche (ASL per territorio e Regione) per gli adempimenti previsti dalla normativa di settore;
- 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/sospensione 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 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) 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.

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: Istituto di Medicina dello Sport di Milano S.R.L. – Via G.B. Piranesi 46 - 20137 Milano

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

IL/La sottoscritto/a letta l'informativa che precede, acconsente al trattamento dei propri dati personali, dichiarando di avere avuto, in particolare conoscenza che i dati medesimi rientrano nel novero dei dati "sensibili" di cui all'art. 4 comma 1 lett. d), nonché art. 26 del D.lgs. 196/2003, vale a dire i dati "*i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute...*".

Nome _____

Cognome _____

Firma _____

N° documento _____

DATA _____

NB: I DATI ANAGRAFICI SOPRA RICHESTI DEVONO ESSERE QUELLI DEL GENITORE CHE FIRMA O DEL TUTORE ESERCITANTE LA PATRIA POTESTA'. SOTTO LA FIRMA, RIPORTARE IL NUMERO DI DOCUMENTO DEL GENITORE CHE FIRMA