



MediSport S.r.l.

Sede di Varese: Piazza Giovanni XXIII n. 15 – Tel. 0332/231406 - medsportva@sportmed.it

Sede di Como: Via Bossi n. 7 – Tel. 031/570795 – medsportco@sportmed.it

www.medisportsrl.it

ATLETA Sig/Sig.ra.....

1 • STORIA MEDICA DELLA FAMIGLIA DELL'ATLETA

Padre Vivente Deceduto per

Madre Vivente Deceduta per

Genitori, Nonni o Fratelli dell'atleta soffrono attualmente o hanno sofferto in passato di:

Diabete Ictus Angina Tumori Pressione alta (ipertensione)

Allergie (raffreddore da fieno/asma/orticaria) Altro Morte improvvisa

2 • STORIA MEDICA DELL'ATLETA

Allergie respiratorie/alimentari/cutanee Ha un'alimentazione completa

Fuma sigarette? (Se sì quante)

Consuma alcolici

Donna: inizio ciclo ad anni

Donna: data ultimo ciclo

Malattie pregresse

Diabete mellito Toxoplasmosi Mononucleosi Polmoniti Tumori

Malattie renali Ipertensione arteriosa Cardiopatie Epatiti Altro

Ricoveri per malattia:

.....
.....

Ricoveri per interventi chirurgici:

.....
.....

Traumi (distorsioni/fratture/rotture di legamenti):

.....
.....

Terapie con farmaci in atto oggi:

.....
.....

3 • DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO

Io in qualità di atleta nata/o il / /

Io in qualità di genitore o tutore nata/o il / /

Acconsento che venga effettuato l'accertamento di VISITA SPECIALISTICA PER IDONEITA' AD ATTIVITA' SPORTIVA

AGONISTICA comprensivo di:

TEST DA SFORZO AL CICLOERGOMETRO

TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO MASSIMALE CON CICLOERGOMETRO

TEST CARDIOPOLMONARE MASSIMALE CON CICLOERGOMETRO O TAPPETO ROTANTE O REMOERGOMETRO O

ERGOMETRO A MANOVELLA

Il firmatario dichiara altresì di essere stato pienamente informato sulle motivazioni che inducono a praticare il suddetto accertamento, sulle finalità conoscitive che a mezzo di esso sono perseguibili ed infine sulla natura dei rischi che possono verificarsi durante la Sua effettuazione o in conseguenza di esso ed in particolar modo: crisi aritmiche o ischemiche, cardiache, crisi vagali, crisi dispnoiche, crisi ipertensive.

In fede

(L'atleta o il genitore se l'atleta è minorenne)

4 • DELEGA (da compilare se l'atleta minorenne è accompagnato da un familiare maggiorenne che non sia il genitore)

Io sottoscritta/o, nata/o a, il,

carta identità n., scadenza il, genitore esercente la potestà genitoriale dell'atleta

minorenne DELEGO in qualità di tutore la Sig.ra/Il Sig.

nata/o a, il/...../....., residente a,

carta identità n., scadenza il, C.F.

grado di parentela, ad accompagnare il minore presso

questo studio medico per la valutazione medica ai fini del rilascio del certificato di idoneità agonistica, a sottoscrivere

l'anamnesi sulla scheda di valutazione medico sportiva, nonché di firmare il consenso al trattamento dei dati personali

come previsto dagli art. 13 e 23 del D. L.gs. n. 196//2003.

Il delegante

Il tutore

.....

.....