SPARTACO POLIAMBULATORIO DI MEDICINA SPORTIVA

WWW.SPARTACOMS.IT

SPARTACO POLIAMBULATORIO DI MEDICINA SPORTIVA S.R.L.
Codice presidio 000113
Tel. 02-59900532
e-mail:info@spartacoms.it
P.IVA 10295710155

DELEGA

Io sottoscritto/a ……

Nato/ a a ……Prov. …….. il ……..

Residente in …….. indirizzo ……..

Genitore esercente la potestà genitoriale di : ……

DELEGO

Il/la sig./ra ……

Nato/a a …… Prov. ……... il ……..

grado di parentela ……..

Ad accompagnare il minore per la valutazione medica ai fini del rilascio del Certificato di idoneità sportiva.

Allego alla presente la fotocopia della mia carta di identità.

In fede

Data …../…../……

Firma del delegante

SPARTACO POLIAMBULATORIO DI MEDICINA SPORTIVA S.R.L.
Codice presidio 000113
Tel. 02-59900532
e-mail:info@spartacoms.it
P.IVA 10295710155

QUESTIONARIO ANAMNESTICO
(visita per la prativa sportiva)

Cognome …… Nome …… Data …….

ANAMNESI FAMILIARE

Qualcuno dei parenti più stretti è affetto da una delle patologie seguenti? **Indicare chi**

□ Ipertensione. ……...
□ Diabete……..……...……..
□ Patologie cardiologiche……..…….
□ Patologie tumorali……..…….
□ Altro ……..……..….
□ Nessuna degna di nota

Qualcuno di loro è morto in giovane età?

□ Si □ No Se Si chi, a quanti anni e di cosa?
……..…….

ANAMNESI FISIOLOGICA

Sei nato al termine dei nove mesi di gravidanza?

□ Si □ No Se No a quanti mesi? …..

Hai avuto problemi durante l'accrescimento?

□ Basso tasso di crescita
□ Difficoltà di apprendimento a scuola
□ Difficoltà a relazionarsi con i tuoi coetanei
□ Altro ……..…
□ Nessuno degna di nota

Il ciclo mestruale è (donne):

□ Regolare □ Irregolare
- indicare a quanti anni è iniziato: …….
- indicare il primo giorno dell' ultimo ciclo
……..
□ non ancora mestruata
□ in menopausa dal ……

Bevi alcolici?

□ Spesso □ Occasionalmente □ Mai

Fumi ?

□ Si □ No □ Ex dal ……..
Se Si o Ex, quante sigarette al giorno? …..

ANAMNESI PATOLOGICA

Che malattie hai avuto?

□ Morbillo
□ Varicella
□ Pertosse
□ Orecchioni
□ Rosolia
□ Scarlattina
□ Reumatismi nel sangue
□ Altro degno di nota o che comunque abbia comportato il ricovero in ospedale
……

Hai mai perso coscienza?

□ Si □ No Se Si, in che occasione?
…….

Stai assumendo farmaci in questo momento?

□ Si □ No Se Si, quali? Per quale motivo?
…….

Hai patologie in corso?

□ Si □ No Se Si, quali?
……..……

Sei allergico a qualcosa?

□ Si □ No Se Si a cosa?
□ Piante, quali? ..……
□ Farmaci, quali?……..
□ Alimenti, quali? ...…….
□ Altro, cosa? …..……

Hai mai avuto attacchi d'asma?

□ Si □ No Se Si, in che occasione?
……..……

Hai subito interventi Chirurgici?

□ Si □ No Se Si quali?
……..……..……
……..……..……
Hai avuto grossi traumi?

□ Si □ No Se Si a cosa?
□ Traumi cranici con perdita di coscienza o comunque con ricorso al PRONTO SOCCORSO
□ Fratture. Dove?
……
□ Distorsioni. Dove?
……..……
□ Altro ……..

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 non 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 dichiarante (o del tutore se minore)

……..

INFORMATIVA RELATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Gent.mo/a, ai sensi dei(D.Lgs. 196/2003, Regolamento UE 2016/679 e il D.Lgs. 101/2018, la società **SPARTACO POLIAMBULATORIO DI MEDICINA SPORTIVA srl, quale Titolare del Trattamento,** con sede in Milano Le fornisce informativa relativa alle modalità di trattamento dei suoi dati personali.

CATEGORIE DI DATI PERSONALI TRATTATI

- Per "**Dati**" si intendono i dati personali trattati dalla Società per l'esecuzione del contratto della prestazione richiesta
  - Dati anagrafici (nome cognome codice fiscale etc.)
  - Dati di contatto (numero di telefono, e-mail)
  - Dati Sanitari ex art 9 GDPR

FONTE DEI DATI

I dati sono raccolti presso l'interessato – tramite compilazione dei form richiesti- o tramite visita medica

	FINALITÀ DEL TRATTAMENTO	BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO	PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI
1	adempiere agli obblighi previsti dalla Legge, da un regolamento, dalla normativa comunitaria o da un ordine dell'Autorità.	Obbligo di Legge	Fino a 10 anni dal termine di validità del contratto o in ogni caso nei tempi necessari per adempiere alle finalità del trattamento nel rispetto dei termini di legge.
2	Medicina dello sport (per chi usufruisce del servizio)	contratto	5 anni dalla prestazione
3	Costituzione Fascicolo Elettronico	Consenso	5 anni dalla prestazione
4	adempiere agli obblighi precontrattuali, contrattuali e fiscali derivanti da rapporti in essere (es: registrazione appuntamenti, emissione documenti fiscali, ecc.)	Obbligo di legge	Fino a 10 anni dal termine di validità del contratto o in ogni caso nei tempi necessari per adempiere alle finalità del trattamento nel rispetto dei termini di legge.
5	esercitare i diritti del Titolare, ad esempio il diritto di difesa in giudizio	Legittimo interesse	il tempo necessario per adempiere alle finalità

Il trattamento dei dati è realizzato, con modalità elettroniche e cartacee, per mezzo delle operazioni di raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione e distruzione dei dati. Decorsi i termini di conservazione sopra indicati, i Dati saranno distrutti o resi anonimi, compatibilmente con le procedure tecniche di cancellazione e backup.

CONFERIMENTO DEI DATI

Il conferimento dei Dati è obbligatorio per l'esecuzione delle finalità 1-2-4

Il conferimento dati è facoltativo per la finalità 3 ma si rende necessario per l'ordinaria gestione documentale relativa alla prestazione richiesta.

I dati possono essere comunicati a soggetti terzi, fra cui, in particolare:

a. Altri soggetti privati (ad es. Studi legali, Assicurazioni, Medici.), legittimati a richiedere i dati.

I dati potranno essere trattati, per conto del titolare per consentire le attività sopra descritte, da soggetti designati come **responsabili del trattamento**, fra cui, in particolare:

a. Società o professionisti che forniscono supporto al titolare per la gestione degli adempimenti fiscali e amministrativi,
b. Società incaricate di fornire servizi informatici.
c. Laboratori Medici

TRASFERIMENTO DEI DATI

I dati raccolti e elaborati non sono trasferiti presso società o altre entità al di fuori del territorio EU e comunque nel rispetto del regolamento 2016/679

DIRITTI DELL'INTERESSATO - RECLAMO ALL'AUTORITÀ DI CONTROLLO

Contattando la Società via e-mail all'indirizzo privacy@spartacoms.it, gli interessati possono:

- chiedere al titolare la conferma dell'esistenza o meno di un trattamento dei dati che li riguardano e, in tal caso, ottenere l'accesso ai dati che li riguardano ed alle informazioni relative al trattamento, quali: le finalità, le categorie di dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari cui i dati sono comunicati, il periodo di conservazione, l'esistenza di un processo decisionale automatizzato e delle logiche utilizzate, nonché l'esistenza di garanzie adeguate in caso di trasferimento dei dati in un paese extra UE;
- ottenere l'aggiornamento dei dati, la loro rettifica, l'integrazione o la loro cancellazione, nonché la limitazione del trattamento;
- opporsi al trattamento nelle ipotesi di legittimo interesse del titolare;
- ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico i dati, nonché, se tecnicamente fattibile, di trasmetterli ad altro titolare senza impedimenti ("diritto alla portabilità dei dati");
- revocare in qualsiasi momento il consenso prestato;

Gli interessati hanno altresì diritto di proporre reclamo all'Autorità di controllo competente.

Il sottoscritto, in qualità di interessato al trattamento dei dati personali, dichiara di aver ricevuto completa informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento europeo 2016/679 – GDPR.

Milano, lì…….. Firma _____

Ai sensi e per gli effetti del Regolamento Europeo 679/2016 sulla protezione dei dati personali ("GDPR"):

☐ Presto il consenso
☐ Nego il consenso

Alla costituzione del Dossier Elettronico

AMBULATORIO SPARTACO
di MEDICINA dello SPORT

Viale Premuda, 46 – 20129 MILANO
0259900532 3349639640
www.spartacoms.it spartaco.ms@tiscali.it
REGISTRO REGIONALE DELLE STRUTTURE ACCREDITATE
ISCRIZIONE N°1462

DIRETTORE SANITARIO
dr.ssa PAOLA F. SARCHI

INFORMATIVA PER IL CONSENSO INFORMATIVO ALL'ESECUZIONE DEL TEST ERGOMETRICO/STEP-TEST

FINALITA' DELL'ESAME: E' una prova che serve a studiare la risposta dell'apparato cardiocircolatorio all'esercizio fisico.E' utile per svelare eventuali patologie cardiache silenti, che possono essere scatenate dall'esercizio. L'esame è OBBLIGATORIO per il rilascio del certificato di idoneità alla pratica sportiva agonistica perché previsto dal D.M. del 18.02.1982 per gli sport indicati in tabella B.
COME SI SVOLGE L'ESAME: Vengono dapprima eseguiti un elettrocardiogramma a riposo, la visita clinica e la prova spirometria, per escludere eventuali condizioni cliniche che controindichino lo svolgimento del test ergometrico. Il paziente/atleta verrà sottoposto a una delle seguenti modalità di ergometria in funzione dei protocolli clinici vigenti, richieste o peculiarità individuali:

- STEP TEST: Consiste nel salire e scendere su un gradino alto 30/40/50 cm al ritmo predefinito, per 3 minuti consecutivi. Prima durante e dopo l'esercizio viene continuamente monitorato l'elettrocardiogramma.
- CICLOERGOMETRO: Consiste nel pedalare su un cicloergometro ad un'intensità d'esercizio crescenteimposta dal Medico fino al raggiungimento di obiettivi target, primadurante e dopo l'esercizio viene continuamente monitorato l'elettrocardiogramma. (TEST MASSIMALE: Risulta particolarmente utile per i pazienti/atleti oltre i 40 anni dediti a sport impegnativi per l'apparato cardiovascolare, nei cardiopatici e negli ipertesi. L'esame non è obbligatorio per il rilascio del certificato di idoneità alla pratica sportiva agonistica (D.M. del 18.02.1982) ma è fortemente consigliato perchè permette di acquisire maggiori e più approfondite informazioni rispetto allo step-test)
- ARM ERGOMETRO: Consiste nel pedalare su un ERGOMETRO A BRACCIA ad un'intensità d'esercizio crescenteimposta dal Medico fino al raggiungimento di obiettivi target nei soggetti con disabilità che riduca la funzionalità degli arti inferiori.

Nei test effettuati su un ergometro si inizierà da un livello di impegno fisico minimo per poi aumentare progressivamente l'intensità e, conseguentemente,la fatica. Per tutte le tipologie di test il termine dell'esercizio sarà deciso dal Medico in relazione ai parametri osservati, ma in ogni caso può e deveessere interrotto dall'atleta/paziente se comparisse malessere o se ritenuto non sostenibile. Prima, durante e dopo l'esercizio vengono continuamente monitorati elettrocardiogramma e pressione arteriosa ove previsto.

RISCHI POSSIBILI: L'esame, anche se eseguito con diligenza e prudenza, non è esente da possibili complicanze quali ischemie coronariche e/o aritmie ipercinetiche. Durante la prova, il paziente dovrà tempestivamente avvertire della comparsa di dolore toracico, senso di vertigine, debolezza, malessere generale, poichè questi segni possono essere indicativi di uno stato di rischio al proseguimento del test. Sono comunque adisposizione apparecchiature idonee e personale addestrato ed esperto per affrontare situazioni d'emergenza.

CONTROINDICAZIONI
E' controindicato ai pazienti/atleti che presentano:
- Aritmie complesse a riposo
- Stenosi aortica
- Ipertensione arteriosa a riposo PAs > 180 mmHg, PAd > 110 mmHg
- Tromboflebiti arti inferiori in atto
- Quadro disventilatorio ostruttivo grave
- Ischemia miocardica a riposo.

Come detto, le succitate controindicazioni possono essere rilevate dagli esami preliminari eseguiti.

Io sottoscritto _____Nata/o il _____ a _____

Acconsento ad eseguire il test ergometrico. Acconsento inoltre ad eventuali misure terapeutiche che si rendessero necessarie come conseguenza dall'esecuzione dell'esame. Dichiaro inoltre di essere stato esaurientemente informato sulla finalità dell'esame, sul metodo operativo e sugli eventuali rischi. Dichiaro altresì di aver 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.

Milano, _____

Firma dell'atleta (o del tutore se minorenne)

_____

AMBULATORIO SPARTACO
di MEDICINA dello SPORT

Viale Premuda, 46 – 20129 MILANO
0259900532 3349639640
www.spartacoms.it spartaco.ms@tiscali.it
REGISTRO REGIONALE DELLE STRUTTURE ACCREDITATE
ISCRIZIONE N°1462

DIRETTORE SANITARIO
dr.ssa PAOLA F. SARCHI

DICHIARAZIONE DI TRIAGE COVID-19

Il sottoscritto (dati dell'atleta o del genitore/tutore) barrare la dicitura che NON interessa

_____

nato a _____ il _ _ /_ _ / _ _ _ _

residente a _____ in _____

Dati dell'atleta, se minorenne

_____

nato a _____ il _ _ /_ _ / _ _ _ _

residente a _____ in _____

in qualità di atleta/genitore o tutore barrare la dicitura che NON interessa

ATTESTA che l'atleta

□ non ha avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19,

□ non ha avuto sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 tra i quali, temperatura corporea > 37,5 °C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia (perdita o diminuzione dell'olfatto), ageusia (perdita o diminuzione del gusto) nelle ultime due settimane,

□ non ha avuto contatti a rischio con persone che sono state affette da coronavirus (familiari, luogo di lavoro, eccetera) nelle ultime due settimane.

Qualora l'atleta abbia CONTRATTO L'INFEZIONE DA COVID-19 indicare:

1. Data del I tampone positivo ___/___/_____
2. Data tampone negativo o di fine quarantena ___/___/_____

In fede, (data e firma) _____

Note del dichiarante

Note

1. In caso di minori, la dichiarazione deve essere compilata e sottoscritta dal genitore convivente o dal tutore.
2. Le informazioni di cui sopra saranno trattate in conformità al Regolamento UE n.2016/679 (regolamento generale sulla protezione dei dati personali) per le finalità e le modalità di cui all'informativa resa ai sensi dell'art.13 del predetto Regolamento.