CARTELLA CLINICA MEDICO SPORTIVA

Cognome..... Nome..... Età.....

Luogo di nascita..... (.....) Data di nascita .....

Residenza (Città)..... in Via..... N.....

Codice Fiscale (non compilare se minorenne) _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Numero Cellulare ..... Mail.....

E' già stato sottoposto a visita per l'idoneità sportiva? (se si, allegare copia certificato precedente) SI NO

ANAMNESI FAMILIARE

Familiari stretti deceduti di "morte improvvisa" prima dei 40 anni (o per problemi cardiaci)? Se si specificare il grado di parentela SI NO .....

Familiari stretti affetti da malattie cardiovascolari (Ipertensione, Infarto, Ictus) o Diabete Mellito? Se si specificare il grado di parentela Si NO .....

ANAMNESI FISIOLOGICA

Fumatore SI NO Alvo (feci) e diuresi regolari SI NO Caffè SI NO

Età primo ciclo mestruale .....anni Data approssimativa ultima mestruazione .....

Attualmente ritiene di essere in stato di Gravidanza? SI NO

ANAMNESI PATOLOGICA

Episodi di perdita di coscienza IMPROVVISA? (esclusi episodi a seguito di "calo di zuccheri", pressione bassa, traumi) SI NO .....

Episodi di battito cardiaco irregolare, tachicardia, palpitazioni, non spiegate negli ultimi 12 mesi? SI NO

Malattie presenti sofferte (ipertensione, diabete ecc..) ? SI NO .....

Terapia farmacologica in corso? SI NO .....

Interventi chirurgici o infortuni, ricoveri ospedalieri (anche in età infantile) ? SI NO .....
.....

Per ottenere il certificato sportivo ha mai dovuto eseguire accertamenti in più rispetto a quelli che normalmente si eseguono? SI NO .....

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 NON IDONEO in precedenti visite medico-sportive di legge. Inoltre, mi impegno a non far uso di droghe riconosciute illegali e do atto di essere stato informato dei rischi derivanti dal fumo di tabacco e all'uso di alcolici. Dichiaro inoltre il mio consenso al trattamento, all'archiviazione ed alla trasmissione dei dati ai fini sanitari, amministrativi e contabili, consapevole dei diritti di cui il decreto D. Lgs. 196/2003.

FIRMA DEL DICHIARANTE (se minorenne, del genitore o di un responsabile)

X_____

SOLO PER MINORENNI: Dati del genitore/tutore che lo accompagna

Cognome _____ Nome_____

Luogo di nascita _____ Data di nascita_____

CODICE FISCALE _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

CMS Centro Medico Sportiva - Via G. Mazzini, 36 - 2686 Sant' Angelo Lodigiano (LO)
Telefono 0371 90024 - C.F e P .IVA 09919910969

Valutazione clinica del grado di tolleranza allo sforzo fisico

Nozioni generali

E' una prova che serve ad evidenziare la risposta dell'apparato cardiocircolatorio allo sforzo fisico ed eventuali suoi difetti.

Come si svolge l'esame

L'utente viene prima sottoposto ad elettrocardiogramma a riposo dal quale si può evidenziare la presenza di eventuali patologie che possono controindicare il proseguimento dell'esame.
Successivamente dovrà eseguire uno sforzo che, secondo le normative di legge, prevede l'esecuzione di un esercizio di salita e discesa su gradino, di misura prestabilita, per la durata di tre minuti.
Al termine dell'esercizio viene eseguito un elettrocardiogramma (dopo sforzo) che deve essere registrato entro il primo minuto successivo, quindi entro il secondo minuto viene registrato l'I.R.I. test per un tempo di 30 secondi.

Indicazioni al test

Il test di valutazione è un esame obbligatorio previsto dal D.M. del 18.02.1982, per il rilascio del certificato di idoneità alla pratica sportiva agonistica.

Rischi possibili

Tale esame non è esente da complicanze anche se eseguito con diligenza e prudenza.
Durante la prova la persona dovrà tempestivamente avvertire della comparsa di dolore toracico, senso di vertigini, debolezza, malessere generale, poiché questi segni possono essere indicatori di uno stato di pericolo.
Sono comunque a disposizione apparecchiature idonee e personale addestrato ed esperto per affrontare tali situazioni.

Controindicazioni

Il test da sforzo è controindicato per gli atleti con problemi cardiovascolari in atto.
Durante la prova infatti si realizza un aumento di sovraccarico emodinamico sul cuore o sul sistema cardiovascolare, come conseguenza di un aumento della portata cardiaca e della pressione arteriosa o dell'aumento della temperatura del corpo.

MODULO PER IL CONSENSO INFORMATO

Per atleti maggiorenni: io sottoscritto/a _____
Acconsento a sottopormi agli accertamenti previsti dal D.M. 18.02.1982 che comprende anche:
Per atleti minorenni: io sottoscritto/a _____
Genitore di _____ acconsento che mio figlio/a sia sottoposto/a alla seguente procedura che comprende anche:

VALUTAZIONE CLINICA DEL GRADO DI TOLLERANZA ALLO SFORZO FISICO

Inoltre:

- Acconsento a sottopormi ad eventuali misure terapeutiche che si rendessero necessarie od opportune nel corso e dopo la realizzazione della procedura;
- Acconsento all'archiviazione dei dati relativi alla mia visita di idoneità ed al loro trattamento in forma rigorosamente anonima per scopi scientifici e di ricerca;
- Dichiaro di essere stato/a informato/a sul tipo di strumenti che verranno impegnati, sul metodo operativo e sui relativi rischi.

DATA_____

Firma del genitore (se l'atleta minorenne) | Firma del Medico | Firma dell'utente