

**SCHEDA ANAMNESTICA VISITA MEDICA PER IDONEITÀ SPORTIVA NON AGONISTICA**

Anagrafica (dati obbligatori da compilare a cura del paziente o del genitore o esercente patria potestà)							
COGNOME				NOME			
NATO IL				COMUNE DI NASCITA			
PROVINCIA				CODICE FISCALE			
RESIDENZA	Via	P.zza	C.so				N°
COMUNE						PROVINCIA	
CELLULARE				EMAIL			
ATTIVITÀ FISICA PRATICATA?					N. VOLTE A SETTIMANA		

Autocertificazione		
<small>(consapevole della emergenza covid-19 e dei rischi generali di contagio, consapevole delle responsabilità penali e degli effetti amministrativi derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci (così come previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000), ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)</small>		
1. DI NON AVERE AVUTO FEBBRE SUPERIORE A 37,5°.	TEMPERATURA ODIERNA MISURATA	°C
2. DI NON AVERE AVUTO RAFFREDDORE.	3. DI NON AVERE AVUTO TOSSE.	
4. DI NON AVER AVUTO PERDITA TEMPORANEA O PROLUNGATA DI OLFATTO E GUSTO.	5. DI NON AVER AVUTO RUSH CUTANEI NELLE TRE SETTIMANE PRECEDENTI.	
6. DI NON AVER AVUTO MAL DI GOLA, DISPNEA A RIPOSO E SOTTO SFORZO NELLE TRE SETTIMANE PRECEDENTI.	7. DI NON TROVARSI NELLO STATO DI QUARANTENA OBBLIGATORIA.	
8. DI NON AVER AVUTO DIARREA, VOMITO E DISTURBI GASTRO-INTESTINALI NELLE DUE SETTIMANE PRECEDENTI.	9. DI NON ESSERE RISULTATO POSITIVO AL CORONAVIRUS COVID-19.	
10. DI NON ESSERE STATO IN CONTATTO CON SOGGETTI AVENTI LE CARATTERISTICHE NEI PUNTI 2,3,4,5,6,7,8,9 E 10 DELLA PRESENTE AUTODICHIARAZIONE.		

Anamnesi (dati obbligatori da compilare a cura del paziente o del tutore legale)			
CI SONO STATI CASI DI MORTE IMPROVVISA TRA I SUOI FAMIGLIARI (DECESSI SOTTO I 40 ANNI PER CAUSE NON NOTE)?	SÌ	NO	SE SÌ, CHI?
QUALCUNO IN FAMIGLIA HA AVUTO UN INFARTO O UN ICTUS?	SÌ	NO	SE SÌ, CHI?
CI SONO FAMIGLIARI IPERTESI?	SÌ	NO	SE SÌ, CHI?
ALTRE PATOLOGIE FAMIGLIARI DA SEGNALARE?			
SOFFRE O HA SOFFERTO DELLE SEGUENTI PATOLOGIE? (SE SÌ, METTERE UNA CROCCETTA)			
<input type="checkbox"/> IPERTENSIONE ARTERIOSA <input type="checkbox"/> PATOLOGIE CARDIOVASCOLARI <input type="checkbox"/> PATOLOGIE NEUROLOGICHE <input type="checkbox"/> ALTRE PATOLOGIE:	<input type="checkbox"/> DIABETE MELLITO <input type="checkbox"/> ASMA BRONCHIALE <input type="checkbox"/> EPILESSIA <input type="checkbox"/> EMICRANIA		
ASSUME DEI FARMACI ABITUALMENTE O AL BISOGNO?	SÌ	NO	SE SÌ, QUALI?
HA MAI SUBITO RICOVERI OSPEDALIERI?	SÌ	NO	MOTIVO DEL RICOVERO?
HA MAI SUBITO FRATTURE?	SÌ	NO	SE SÌ, QUALI?
HA MAI AVUTO EPISODI DI SVENIMENTO?	SÌ	NO	SE SÌ, QUANDO?
HA MAI SUBITO TRAUMI CRANICI?	SÌ	NO	SE SÌ, QUANDO?
HA MAI AVUTO AVVERTITO LA SENSAZIONE DI BATTITO IRREGOLARE?	SÌ	NO	SE SÌ, QUANDO?
FUMATORE / EX FUMATORE?	SÌ	NO	QUANTITÀ/DIE?

Data

Firma

**Dichiaro (spazio riservato ad ex-paziente Covid-19)**

DI ESSERE RISULTATO POSITIVO AL COVID-19 (ANCHE IN ASSENZA DI SINTOMI)	SÌ	DATA _____
DI ESSERE GUARITO DAL COVID-19	SÌ	DATA _____

**CONSENSO DELL'INTERESSATO**

In riferimento a quanto previsto dal Reg.(UE)2016/679, HCT Italia S.r.l. ha provveduto, come presentato nell'informativa associata al GDPR, ad istituzionalizzare le Banche Dati riferite agli interessati. Pertanto, vi si richiede di formalizzare esplicito consenso dietro presa visione dei vostri diritti secondo gli art. 15-22 della vigente normativa.

Ai sensi degli art. 6-8 del Reg.(UE)2016/679, io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in qualità di soggetto interessato [ ] e/o in qualità di responsabile genitoriale/tutore legale di \_\_\_\_\_ 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 in precedenti visite medico-sportive. Inoltre, mi impegno a non far uso di droghe riconosciute illegali e do atto di essere stato informato dei pericoli derivanti dal fumo di tabacco e dall'uso di alcool. Informato sulle modalità di esecuzione, acconsento di sottopormi agli accertamenti previsti dalla legge per il rilascio del certificato di idoneità sportiva non agonistica. Dichiaro inoltre di non avere, al momento attuale, altre cartelle di visite di idoneità per attività sportiva non agonistica in attesa di conclusione presso altri ambulatori/centri/servizi pubblici o privati di medicina dello sport o di non essere stato dichiarato non idoneo all'attività sportiva non agonistica negli ultimi 12 mesi. Prendo inoltre atto dell'informativa che mi è stata data in lettura ed, in particolare relativa al trattamento dei miei dati da parte di HCT ITALIA S.r.l., e delle modalità di gestione e trattamento dei miei dati personali, sanitari, economici ed eventualmente particolari, mediante strumenti elettronici e non, in Italia, in UE ed eventualmente al di fuori, adottando tutte le misure di sicurezza necessarie per l'esecuzione dei servizi e delle prestazioni necessarie a dar seguito agli obblighi contrattuali intrapresi. Pertanto,

Autorizzo  Non autorizzo

Firma \_\_\_\_\_

il trattamento dei miei all'interno della BANCA DATI HCTSOLUTIONS, per le finalità descritte all'interno del GDPR, adottando tutte le misure di sicurezza previste dalla normativa vigente e conservando tali dati fino al termine della prescrizione legale, fuorché il rapporto non si rinnovi in futuro.

Autorizzo  Non autorizzo

Firma \_\_\_\_\_

il trattamento dei miei dati personali all'interno della BANCA DATI INFORMAZIONI ASSOCIATE AI SERVIZI per le finalità esposte nella presente informativa. Pertanto, rilascio e-mail e recapito telefonico.

Luogo e Data, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**COMPILAZIONE RISERVATA AL MEDICO**

<b>TEMPERATURA ODIERNA MISURATA</b>		<b>°C</b>		
<b>DATI ANTROPOMETRICI</b>				
ALTEZZA	PESO	CIRCONFERENZA	ALTRO	
<b>RILEVAZIONE VALORI PRESSORI</b>				
SATURAZIONE	FREQUENZA CARDIACA	PRESSIONE SISTOLICA	PRESSIONE DIASTOLICA	
<b>ESAME OBIETTIVO</b>				
NOTE RIFERITE				
<b>ESAME OBIETTIVO CARDIOLOGICO</b>	<i>TONI RITMICI VALIDI, PAUSE LIBERE, T1 E T2 NORMALE</i>	SÌ	NO	NOTE
<b>ESAME OBIETTIVO POLMONARE</b>	<i>MURMURE VESCICOLARE SU TUTTO L'AMBITO</i>	SÌ	NO	NOTE
<b>ESAME OBIETTIVO ADDOMINALE</b>	<i>ADDOME TRATTABILE, ORGANI IPOCONDRIACI NEI LIMITI</i>	SÌ	NO	NOTE
<b>POLSI PERIFERICI</b>	<i>NORMOISOSFIGMICI</i>	SÌ	NO	NOTE
<b>ESAME OBIETTIVO POSTURALE</b>	<i>NULLA DA RIFERIRE</i>	SÌ	NO	NOTE
<b>VALUTAZIONE NUTRIZIONALE</b>	<i>NULLA DA RIFERIRE</i>	SÌ	NO	NOTE