

QUESTIONARIO CARDIOLOGICO PER L'IDONEITA' ALLO SPORT – CONSENSO TRATTAMENTO DATI SENSIBILI

COGNOME	NOME	nato il
Hai mai avuto disturbi cardiaci? se "SI" quali? _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Hai mai avuto interventi al cuore? se "SI" quali? _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Prova dolore al torace durante lo sforzo?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Prova affanno o mancanza d'aria senza apparente motivo?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Prova vertigini o annebbiamenti visivi?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Assume farmaci? se "SI" quali? _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Un parente stretto (genitori, fratelli, zii, nonni) ha avuto: attacco cardiaco prima dei 60 anni?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
aritmie?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
malattie al cuore?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Conosce la sua pressione?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> sotto 120/80 <input type="checkbox"/> oltre 120/80	
Conosce la sua colesterolemia?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> sotto 200 <input type="checkbox"/> oltre 200	
Conosce la sua glicemia?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> sotto 100 <input type="checkbox"/> oltre 100	

Firma paziente

Camisano Vicentino, il _____

Cognome e nome di chi rilascia la dichiarazione (eventuale grado di parentela) _____

Firma _____

CONSENSO TRATTAMENTO DATI SENSIBILI

Titolare del trattamento: "C.M.R.C. s.r.l."

Io/la sottoscritto/a _____, fornisce il proprio consenso al trattamento dei dati sensibili (dati personali idonei a rilevare lo stato di salute) necessari al proseguimento delle finalità riportate nell'informativa scritta contenente le informazioni di cui all'art. 13 per effetto di quanto previsto da D.Lgs 30 giugno 2003 n 196.

Camisano Vicentino, il _____

FIRMA

CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DEL TEST DA SFORZO AL CICLOERGOMETRO

Io, sottoscritto, cognome:

Nome:

Luogo e data di nascita:

Documento:

CMRC Via Antonio Fogazzaro, 44 - 36043 Camisano Vicentino - Tel 0444 611606

Reg. Imp. VIC.F. e P.IVA 04205330246 - Cap. Soc. 20.000,00 Euro i.v. - REA VI387264

e-mail: segreteria@cmrcamisano.it - www.cmrcamisano.it - PECCMRC SRL@PEC.IT

allo scopo di accertare lo stato di sistema cardiovascolare acconsento volontariamente ad essere sottoposto a test da sforzo. Prima di sottopormi alla procedura, sono stato informato dal medico sulle specifiche modalità di esecuzione della prova: sono stato perciò messo al corrente che:

- ① che l'esame consta di uno sforzo fisico praticato su un cicloergometro,
- ① che lo sforzo verrà protratto fino al raggiungimento di specifici criteri elettrocardiografici e/o clinici a meno che io non sia particolarmente affaticato per cui la prova verrà interrotta,
- ① che durante la stessa verrà registrato continuamente l'elettrocardiogramma e verrà misurata la pressione arteriosa ad intervalli.

Sono stato altresì messo al corrente:

- ① Dei disturbi che eventualmente potranno insorgere durante l'indagine (dolore al petto, difficoltà nella respirazione, palpitazioni, senso di mancamento);
- ① Della necessità di avvertire tempestivamente il personale medico non appena tali sintomi dovessero manifestarsi;
- ① Dei rischi insiti nell'indagine, pure se prescritta e condotta secondo arte e secondo le più moderne conoscenze mediche;
- ① Del diritto a ritirare il mio consenso in qualsiasi momento senza alcuna spiegazione.

Prima dell'esecuzione dell'indagine sono stato esaminato dal medico che ha accertato che non sussistono condizioni per cui la prova debba essere rinviata o sospesa. Le apparecchiature necessarie e il personale addestrato per fronteggiare qualsiasi urgenza/emergenza saranno prontamente disponibile.

DICHIARAZIONE

Io sottoscritto dichiaro di avere informato correttamente il medico sportivo durante l'esecuzione della visita finalizzata all'ottenimento dell'idoneità sportiva delle mie attuali condizioni psico-fisiche e delle eventuali affezioni precedenti, di non essere stato dichiarato non idoneo presso altre strutture e di non aver procedimenti di sospensione in corso. Dichiaro infine di non fare uso di droghe o di altre sostanze riconosciute illegali.

Ho letto e compreso quanto sopra ed ho ottenuto risposta ad ogni mia richiesta o chiarimento.

Camisano Vicentino, il

Firma del paziente (se maggiorenne)

Firma del Medico Specialista in Medicina dello Sport

IN CASO DI PAZIENTE MINORENNE

Cognome e nome (del/della padre/madre/tutore): _____

Data di nascita: _____

Firma

Firma del minore (se di età maggiore di 14 anni)

Timbro e firma del medico

Timbro e firma infermiera professionale