



<p>Modulo di Unità Operativa</p> <p>DIPARTIMENTO AD ATTIVITA' INTEGRATA DI CHIRURGIA E ODONTOIATRIA UNITÀ OPERATIVA COMPLESSA DI ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA A - <i>Direttore f.f.: Dott. Andrea Scalvi</i> AMBULATORIO.DI MEDICINA DELLO SPORT Borgo Trento - P.le A. Stefani, 1 – 37126 Verona - Tel. 045 8122721 – 045 8122699 Fax 045 8122744 <i>e-mail:medicinadellosport.ocm@aovr.veneto.it</i></p>	<p>MU 301409 04</p> <p>Rev. 5 del 29/03/2017 Pagina 1 di 1</p>
<p>FOGLIO ANAMNESTICO E CONSENSO INFORMATO Per minorenni NON accompagnati da un Genitore</p>	

Cognome e Nome _____ nato il _____

Società sportiva di affiliazione _____

ANAMNESI FAMILIARE

Nella famiglia di origine ci sono casi di diabete, ipertensione arteriosa, malattie cardiache o morte improvvisa (genitori, fratelli, zii, nonni)?
Specificare malattia, età di insorgenza e di eventuale decesso:

ANAMNESI PERSONALE del ragazzo/a

Quali sports pratica, da quanti anni e quante volte si allena per settimana? _____

Alcolici: _____ Sigarette: _____ Caffè: _____ (specificare quantità e frequenza)

Assume abitualmente farmaci? _____ Se sì, quali e perché: _____

Per le femmine: a quanti anni ha avuto le prime mestruazioni? _____ e quando le ultime? _____

Porta occhiali da vista? _____ Lenti a contatto? _____ per _____

Ha avuto malattie cardiache, episodi lipotimici (svenimenti) ed ipertensivi? _____

Se sì, quali e quando: _____

Ha avuto malattie importanti? _____ Se sì, quali e quando: _____

Ha subito fratture, traumi cranici o interventi chirurgici? _____ Se sì, quali e quando: _____

E' stato comunque ricoverato in ospedale? _____ Dove, quando e perché: _____

_____ (allegare eventuale fotocopia della cartella clinica).

DICHIARA inoltre di non essere stato/a sottoposto/a ad accertamenti per il rilascio dell'idoneità agonistica negli ultimi 12 mesi.

CONSENSO PER PROVA DA SFORZO CON TEST DI MASTER

Si informa che il Decreto Ministeriale del 18 febbraio 1982 "Norma per la tutela Sanitaria dell'attività sportiva agonistica" prevede, ai fini del rilascio di una certificazione di natura agonistica da parte delle strutture sanitarie preposte, l'esecuzione per tutti gli atleti agonisti di età inferiore ai 35 anni, di una prova da sforzo da svolgersi mediante step test. Detta prova (definita come Test di Master o Test di Montoya) consiste nel salire e scendere da uno scalino alto da terra 30-40-50 cm. (il corretto posizionamento della tavola è a carico del Personale della Struttura e varia per sesso ed altezza dell'Atleta), per 3 minuti alla frequenza di 30 cicli al minuto (90 salite). Come ogni prova da sforzo esiste la possibilità che durante l'esecuzione dell'esame si verifichino eccessive variazioni della pressione del sangue, svenimento, disordini del battito cardiaco e in rarissimi casi arresto cardiaco. Si informa che la Struttura dispone di apparecchiature d'emergenza e Personale specializzato, in grado di minimizzare i rischi derivanti dall'eventuale comparsa delle situazioni suddette.

Dichiaro di aver letto e compreso quanto sopra descritto ed acconsento all'esecuzione dell'esame.

Compilare e consegnare firmato al Servizio con fotocopia di documento in corso di validità del genitore o tutore

IN MANCANZA DEL PRESENTE FOGLIO COMPILATO E FIRMATO NON SARA' POSSIBILE EFFETTUARE LA VISITA DI IDONEITA'

Data _____

Firma del genitore o tutore legale _____