



AMBULATORIO DI MEDICINA DELLO SPORT

Numero iscrizione Albo Regionale B20

MOD. CARD04

Rev.05-16/11/21

Responsabile Dr. Totò Giujusa

Tel. 0422 896743

e-mail cardiologia@giovanni23.it

AUTO DICHIARAZIONE

Il sottoscritto.....

- **Dichiara** di informare correttamente il medico delle proprie attuali condizioni psico-fisiche e delle affezioni pregresse
- **Dichiara** di non aver ricevuto in altra sede giudizio di non idoneità alla pratica sportiva
- **Si impegna** a non fare uso di droghe riconosciute illegali e dà atto di essere stato informato dei pericoli derivanti dal fumo di tabacco e dall'uso di alcool.

Firma del dichiarante.....

Firma del genitore/esercente la potestà genitoriale.....

Firma del tutore.....

Data...../...../.....

Il sottoscritto, con la compilazione del presente modulo, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016, autorizza SOGEDIN S.p.A. al trattamento dei propri dati personali, per le finalità legate alla richiesta di idoneità alla pratica sportiva. Il testo completo dell'informativa redatta ai sensi del suddetto Regolamento è consultabile sia nei vari locali delle strutture, sia nel portale web aziendale.



AMBULATORIO DI MEDICINA DELLO SPORT

Numero iscrizione Albo Regionale B20

MOD. CARD28

Rev.00-06/12/18

Pag.1 di 1

Responsabile Dr. Totò Giujusa

Tel. 0422 896743

e-mail cardiologia@giovanni23.it

RACCOLTA ANAMNESTICA

COGNOME.....

NOME.....

Nato sesso: maschio femmina

ANAMNESI FAMILIARE (genitori, nonni, fratelli, sorelle)

- Infarto e/o malattie coronariche malformazione valvole card aritmie
- Morte improvvisa ipertensione ischemie cerebrali diabete
- tumori allergie altro _____

ANAMNESI RIGUARDANTI ATLETA

- morbillo varicella rosolia scarlattina parotite pertosse
- altre _____
- epatite virale tonsillite mononucleosi otite polmonite asma
- diabete anemia svenimenti allergie
- altro _____
- problemi cardiaci malformaz. valvolari malformaz. congenite aritmia/extrasistoli
- episodi di svenimento mancanza di respiro dolore al torace
- improvvisa accelerazione del battito
- altro _____

INTERVENTI CHIRURGICI/RICOVERI - FRATTURE/LUSSAZIONI/DISTORSIONI
(segnalare data e tipo di evento)

- fumo caffè' alcolici
- eta' prima mestr _____ ultimo ciclo mestruale _____ menopausa gravidanze _____

- VISITE MEDICHE PER IDONEITA' SPORTIVA PRECEDENTI no si

- EV. DICHIARAZIONI PRECEDENTI DI NON IDONEITA'
 no si (motivo _____)

Data _____

firma _____

Da compilare in caso di impossibilità ad accompagnare il minore:

DELEGO IL /LA SIG/SIG.RA _____

AD ACCOMPAGNARE IL MINORE (allegare copia del documento del genitore)

firma del genitore_____



AMBULATORIO DI MEDICINA DELLO SPORT

Numero iscrizione Albo Regionale B20

MOD. CARD28/A

Rev.00-07/03/2019

Pag.1 di 1

Responsabile Dr. Totò Giujusa

Tel. 0422 896743

e-mail cardiologia@giovanni23.it

RACCORDO ANAMNESTICO

COGNOME.....

NOME.....

Nato sesso: maschio femmina

**NOTIZIE RIGUARDANTI IL PERIODO
DALL'ULTIMA VISITA MEDICO-SPORTIVA IN QUESTA STRUTTURA**

MALATTIE FAMILIARI (genitori, nonni, fratelli, sorelle)

ATLETA

MALATTIE

INTERVENTI CHIRURGICI/RICOVERI - FRATTURE/LUSSAZIONI/DISTORSIONI
(segnalare data e tipo di evento)

EVENTI/PROBLEMATICHE

EV. ESAMI SPECIALISTICI ESEGUITI

VISITE MEDICHE PER IDONEITA' SPORTIVA ESEGUITE IN ALTRE STRUTTURE no si

- EV. DICHIARAZIONI PRECEDENTI DI NON IDONEITA'

no si (motivo _____)

Data _____

firma _____

Da compilare in caso di impossibilità ad accompagnare il minore:

DELEGO IL /LA SIG/SIG.RA _____

AD ACCOMPAGNARE IL MINORE (allegare copia del documento del genitore)

firma del genitore_____

**AMBULATORIO DI
MEDICINA DELLO SPORT
Responsabile Dr. Totò Giujusa**

e-mail cardiologia@giovanni23.it
Tel. 0422 896743

INFORMATIVA PER VISITA MEDICA DI IDONEITA' SPORTIVA AGONISTICA

Il giorno dell'appuntamento:

- L'atleta deve presentarsi presso il Servizio di Cardiologia – Medicina dello Sport, previa registrazione presso lo sportello accettazione situato all'ingresso principale
- Si raccomanda di arrivare almeno **20** minuti prima dell'orario dell'appuntamento
- Presentarsi in abbigliamento comodo (es. tuta e scarpe ginniche)
- Non mangiare in modo abbondante nel pasto precedente l'esame, ma non digiunare
- Portare al momento della visita una provetta di urina (preferibilmente raccolta al mattino)

Gli atleti di età inferiore ai 18 anni dovranno essere accompagnati da un genitore o da persona adulta munita di modulo anamnesi completo di delega del genitore
(inserita su MOD CARD 28 o MOD CARD 28/A)

IMPORTANTE : portare la documentazione sottoelencata

- Tessera Sanitaria e Codice Fiscale
- Documento di riconoscimento valido
- Scheda anamnestica COMPILATA e FIRMATA dall'atleta, o da un genitore per gli atleti minorenni, scaricabile dal sito Internet della Casa di Cura Giovanni XXIII, www.giovanni23.it, cliccando su Informazioni utili → Modulistica
 - se trattasi di prima visita sportiva presso la nostra struttura scaricare e compilare il
MOD CARD 28 (RACCOLTA ANAMNESTICA)
 - se trattati di visite successive alla prima presso la nostra struttura scaricare e compilare il
MOD CARD 28/A (RACCORDO ANAMNESTICO)
- Eventuale documentazione sanitaria relativa ad accertamenti precedenti (esami di laboratorio, esiti di visite specialistiche, lettere di dimissioni ospedaliere, ecc..)

Contatti:

Servizio di Cardiologia – Medicina dello Sport
0422/896743 / e-mail cardiologia@giovanni23.it

Si prega di comunicare eventuale disdetta entro le 24 ore precedenti la visita

**AMBULATORIO DI
MEDICINA DELLO SPORT
Responsabile Dr. Totò Giujusa**

e-mail cardiologia@giovanni23.it
Tel. 0422 896743

**INFORMATIVA SUPPLEMENTARE
PER VISITA MEDICA DI IDONEITA' SPORTIVA AGONISTICA**

- **ESAMI SUPPLEMENTARI RICHIESTI PER ATLETI/PERSONE OVER 35:**

EMOCROMO, CREATININA, COLESTEROLO, TRIGLICERIDI (PORTARE ESITO)

Se eseguiti in precedenza validità circa 3 mesi

**AMBULATORIO DI
MEDICINA DELLO SPORT**
Responsabile Dr. Totò Giujusa

e-mail cardiologia@giovanni23.it
Tel. 0422 896743

AUTODICHIARAZIONE COVID19

Io sottoscritto/a
nato/a il

attesto

- di NON AVERE SINTOMI riferibili all'infezione da Covid-19, temperatura corporea $>37,5$ °C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia nelle ultime settimane
- di NON aver avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19
- di NON essere stato a contatto stretto con casi confermati, sospetti o probabili (familiari, colleghi, etc)

Ai fini della salvaguardia della salute, MI IMPEGNO a comunicare una eventuale positività al Covid19 o il sopraggiungere di sintomatologia riferibile comparsi successivamente alla data della visita odierna

oppure

- di aver avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19 in data** _____ (anche in assenza di sintomi), comparsi nelle ultime settimane o **successivamente a rilascio di certificazione di idoneità'** alla pratica dell'attività sportiva agonistica - **allego esito tamponi** (positivo e negativo)
- di aver accusato sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 (temperatura corporea $>37,5$ °C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia) comparsi nelle ultime settimane o **successivamente a rilascio di certificazione di idoneità'** alla pratica dell'attività sportiva agonistica

Allego copia dell' idoneità' agonistica rilasciata prima dell'infezione covid-19
In fede

firma dell'interessato _____

(genitore o esercente la responsabilità genitoriale in caso di atleta minore)

data _____