

NORME PER L'EFFETTUAZIONE DELLA VISITA MEDICO-SPORTIVA D'IDONEITA' AGONISTICA

PORTARE:

1. modulo di **RICHIESTA DI VISITA** medico-sportiva per l'idoneità alla pratica agonistica debitamente compilato, timbrato e **firmato in originale** dal presidente della società
2. Allegare alla richiesta di visita originale il **CERTIFICATO PRECEDENTE** (giallo) in caso di rinnovo (nel caso non si trovasse, si accetta una copia autenticata dalla società che conserva l'altro originale)
3. **TESSERA SANITARIA REGIONE LOMBARDIA** (si precisa che nelle nuove tessere di colore blu non è più presente il codice assistito) e **CODICE FISCALE**
4. **DOCUMENTO D' IDENTITA'**
5. un contenitore con le **URINE**
6. **L'ATLETA oppure il GENITORE (se minore)** deve presentare i **MODULI ANAMNESI+PRIVACY** già compilati e firmati, in cui vengono riportati i dati del minore (non sono ammesse firme di altri accompagnatori). Redigere eventualmente anche il modulo **DELEGA** se impossibilitato ad accompagnare l'atleta con una fotocopia del proprio documento d'identità.
7. **DICHIARAZIONE COVID** firmato per presa visione (SE risultato **POSITIVO** prendere accordi con lo Studio PRIMA dell'appuntamento e visionare il **PROTOCOLLO FMSI** negli atleti)
8. **GUANTI, MASCHERINA DI RICAMBIO e un SACCO/ZAINO per riporre i propri indumenti!!!**
9. Portare eventuale **documentazione medica e ESAMI DI LABORATORIO** recenti se effettuati

Munirsi dell'importo di € (solo per atleti maggiorenni)

APPUNTAMENTO FISSATO PER IL GIORNO
ALLE ORE

N.B. per qualsiasi informazione aggiuntiva consultare il nostro sito: www.cedal.net



**CENTRO INTERDIPARTIMENTALE
DI MEDICINA DELLO SPORT s.r.l.**

Data _____ Cognome(atleta) _____ Nome(atleta) _____

Allo scopo di rendere più completo e sicuro il giudizio di idoneità all'attività sportiva, Le saremmo grati se volesse

RISPONDERE AL SEGUENTE QUESTIONARIO:

In famiglia (genitori, fratelli o sorelle, zii, nonni) qualcuno soffre o ha sofferto di:

- Malattie cardiache (infarti, valvulopatie, aritmie, malformazioni, sindrome di Brugada, QT lungo, ecc)

Indicare quale patologia e grado di parentela _____

- Morti improvvise prima dei 40 anni (indicare chi e la causa, se nota) _____

- Diabete (indicare chi) _____ - Iperensione (indicare chi) _____

Alle visite di idoneità sportiva precedenti (se ne ha effettuate) le è stato richiesto qualche esame supplementare?

(Ecocardiogramma, Holter, test massimale, altro...e per quale motivo) _____

Ha/Ha avuto qualcuna delle seguenti patologie?

ipertensione	epilessia	asma	allergie
malattie reumatiche	polmonite	mononucleosi	pneumotorace
epatite virale	monorene	monorchide (un solo testicolo)	ipercolesterolemia
disturbi psicologici/comportamentali _____			

Altro _____

E' mai svenuto?

(sincopi/lipotimie) _____ **Fuma?** _____

E' stato operato di:

tonsillectomia	adenoidectomia	appendicectomia	ernia
meniscectomia dx sin	ricostruzione legamento crociato dx sin		
varicocele	testicolo ritenuto		
altre operazioni _____			

E' stato ricoverato in ospedale per altri motivi? se sì, precisare quando e per quali motivi

Ha riportato fratture o altri infortuni? se sì, precisare quando e in quale parte del corpo

Ha praticato esami radiografici o di laboratorio nell'ultimo anno? Se sì, quali

In questo periodo sta seguendo qualche cura? SI NO

Se sì, quali farmaci sta prendendo e per quale motivo? _____

DICHIARAZIONE

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 dichiarato non idoneo**, avere in corso sospensioni o essere in attesa di giudizio da parte di altro Centro. Inoltre mi impegno a non fare uso di droghe riconosciute illegali e dò atto di essere informato sui pericoli derivanti dall'uso di fumo di tabacco, di sostanze dopanti e dall'abuso di alcool.

FIRMA _____

(del genitore se minore)

CONSENSO INFORMATO

Allo scopo di accertare la mia idoneità alla pratica sportiva, acconsento ad essere sottoposto al **test da sforzo al cicloergometro**. Prima di sottopormi al test sono stato informato sulle modalità di esecuzione dell'esame e sono stato visitato da un medico il quale ha accertato che non sussistono controindicazioni. Sono stato informato che dovrò avvertire il medico della comparsa di sintomi. Sono a conoscenza che il test, in rari casi, può fare insorgere problemi potenzialmente gravi e pericolosi, ma anche che il personale e le apparecchiature necessarie per fronteggiare qualsiasi emergenza sono disponibili in ogni momento. Ho letto e compreso chiaramente quanto sopra e ho ottenuto risposta a ogni mia richiesta o chiarimento.

FIRMA _____

(del genitore se minore)

Il medico _____

**CENTRO INTERDIPARTIMENTALE
DI MEDICINA DELLO SPORT**
DIR. SAN. Dr. Diego Fontana
Piazza Buffoni 3 – 21013 GALLARATE (VA)
TEL 0331 786727 – medicinadellosport@cedal.net

DICHIARAZIONE

Il sottoscritto (ATLETA) _____

nato a _____ il __/__/____

residente in _____

attesta

A di aver avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19. **SI (1)** **NO**

B di aver avuto sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 tra i quali, temperatura corporea > **37,5 °C**, tosse, mal di testa, congiuntivite, astenia (stanchezza importante), dispnea (mancanza/difficoltà a respirare), mialgie, diarrea, anosmia (mancanza/alterazione dell'olfatto), ageusia (mancanza/alterazione del gusto)

SI **NO**

C di aver avuto contatti a rischio con persone che sono state affette da Coronavirus (familiari, luogo di lavoro, eccetera).

SI **NON SO**

ha eseguito ricerca per Covid-19? **NO**

Sì(1)

tampone o.f.

negativo

positivo (1)

esame sierologico

negativo

positivo (1)

INOLTRE,

ai fini della salvaguardia della salute, mi impegno a comunicare al Medico Specialista in Medicina dello Sport / Struttura di Medicina dello Sport che ha rilasciato la certificazione d'idoneità, una eventuale positività al Covid-19 (anche in assenza di sintomi) o del sopraggiungere di sintomatologia riferibile (tra i quali, a titolo non esaustivo, temperatura corporea > 37,5 °C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia – disturbi dell'olfatto, ageusia – disturbi del gusto) comparsi successivamente alla data della visita odierna.

In fede,

[data e firma]

Note **PRIMA DI PRENOTARE LA VISITA:**

- Gli atleti con diagnosi di Covid accertata (punto A), con sintomi riferibili all'infezione da Covid (punto B) o risultati positivi al tampone o.f. o all' esame sierologico (punto C) DEVONO consultare il PROTOCOLLO FMSI per la ripresa delle attività sportive in periodo di emergenza Covid-19 (vedi negli allegati) per l'eventuale esecuzione di esami integrativi***

In caso di minori, la dichiarazione deve essere compilata e sottoscritta dai genitori

Le informazioni di cui sopra saranno trattate in conformità al Regolamento UE n.2016/679 (regolamento generale sulla protezione dei dati personali) per le finalità e le modalità di cui all'informativa resa ai sensi dell'art.13 del predetto Regolamento.