

Regione del Veneto

Az.ULSS 5 Polesana

**RICHIESTA DI VISITA MEDICO – SPORTIVA
 PER L'IDONEITA' ALLA PRATICA SPORTIVA
 (compilare in tutte le parti a cura della Società Sportiva)**

*La richiesta va consegnata dalla società sportiva ad ogni atleta agonista e non agonista.
 E' indispensabile all'atleta per prenotare autonomamente al CUP.
 La richiesta compilata va poi consegnata all'ambulatorio al momento della visita.*

La Società Sportiva A.S.A.F. Associazione Sportiva Apollinarese Fenil del Turco con sede in
S. Apollinare - ROVIGO Via PIAZZA S. APOLLINARE n 1

affiliata a: (FSN, DSA, EPS) FSN- FIPAV - Federazione Italiana Pallavolo con codice 60250147

chiede per il proprio atleta tesserato/da tesserare con: (FSN, DSA, EPS) FIPAV

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ il _____ residente a

_____ Via _____ n _____

Telefono _____ Codice Fiscale _____

una visita medico-sportiva per l'idoneità agonistica non agonistica

Rinnovo Prima Visita

dello sport PALLAVOLO

Data _____



Timbro e Firma del Presidente della Società Sportiva

Parte da compilare a cura della famiglia:

Il sottoscritto (l'atleta o, per i minorenni, il genitore) (*) _____

esercitante la patria potestà sul minore _____

dà il consenso all'effettuazione degli accertamenti di idoneità previsti per la pratica dello sport sopra indicato e al trattamento dei dati raccolti per le finalità connesse ai procedimenti di tutela sanitaria delle attività sportive¹, fatta salva la possibilità di un'eventuale revoca o rettifica ai sensi dell'art. 7 del D.lgs. n. 196/2003.

Data _____

Firma _____

(*) *Cognome, Nome, Residenza, titolo della potestà (genitore, tutore, ecc)*

¹acquisite le informazioni fornite dal Responsabile e/o Incaricato del trattamento ai sensi dell'art. 13 D. Lgs. n. 196/2003 e consapevole che i dati saranno trattati nel rispetto dei principi del Codice della Privacy.

N.B. Si suggerisce di prenotare con almeno quattro mesi di anticipo rispetto la scadenza del precedente certificato di idoneità o l'inizio dell'età agonistica. Sarà data comunque priorità ai minorenni residenti in Veneto
 NEL CASO DI IMPOSSIBILITA' A PRESENTARSI ALL'APPUNTAMENTO FISSATO (ad esempio per malattia o infortunio), L'UTENTE E' TENUTO A DISDETTARE / SPOSTARE LA PRENOTAZIONE CON CONGRUO ANTICIPO rispetto all'appuntamento chiamando il numero verde 800061644 o, solo da cellulare, il n. 0425362000



**IL PRESENTE QUESTIONARIO DEVE ESSERE COMPILATO IN OGNI SUA PARTE
 E FIRMATO DA UN GENITORE PER I MINORI DI ANNI 18.**

Cognome e Nome _____ nato il _____

Vaccinazione Antitetanica – ultimo richiamo data _____

MALATTIE O CAUSA DI DECESSO DEI PARENTI (genitori, nonni, fratelli, zii, cugini) (barrare le caselle)

Malattie del Cuore (infarto, angina aritmie, malattie delle valvole) <input type="checkbox"/>	Pressione alta <input type="checkbox"/>
Diabete <input type="checkbox"/>	Tumori <input type="checkbox"/>
Morti improvvise <input type="checkbox"/>	Paralisi, ictus cerebrali <input type="checkbox"/>
Asma o allergie <input type="checkbox"/>	Malattie ereditarie <input type="checkbox"/>
	Iper/ipotiroidismo <input type="checkbox"/>
	Obesità, <input type="checkbox"/>
	Calcoli <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/>

NOTIZIE RIGUARDANTI L'ATLETA (INDICARE il sintomo con una X e poi barrate le caselle sotto)
 Hai mai avuto qualcuno di questi disturbi: **malessere, svenimento, dolore al torace, vertigini, difficoltà respiratoria (affanno), eccessiva stanchezza sproporzionata all'esercizio fisico, palpitazioni, cuore che batte irregolare**

SI, attualmente NO, mai IN PASSATO

Durante o dopo esercizio-sforzo fisico Non correlato all'esercizio-sforzo fisico

MALATTIE DELL'ATLETA PASSATE E/O PRESENTI (barrare le caselle)

<input type="checkbox"/> Malattie dell'infanzia	<input type="checkbox"/> Malattie di cuore, aritmie	<input type="checkbox"/> Diabete mellito
<input type="checkbox"/> Malattie di orecchio, naso o gola	<input type="checkbox"/> Soffio al Cuore	<input type="checkbox"/> Epilessia
<input type="checkbox"/> Malattie di bronchi o polmoni	<input type="checkbox"/> Malattie intestinali	<input type="checkbox"/> Anemia
<input type="checkbox"/> Allergia / Asma / Eczema	<input type="checkbox"/> Malattie del fegato	<input type="checkbox"/> Enuresi (pipì a letto)
<input type="checkbox"/> Lussazione anca	<input type="checkbox"/> Malattie della tiroide	<input type="checkbox"/> Alterazioni mestruali
<input type="checkbox"/> Scoliosi /dorso curvo	<input type="checkbox"/> Calcoli	<input type="checkbox"/> Trauma cranico
<input type="checkbox"/> Piedi piatti o alterato appoggio	<input type="checkbox"/> Colesterolo alto	<input type="checkbox"/> Traumi muscolari
<input type="checkbox"/> Malattie ereditarie	<input type="checkbox"/> Tumori	<input type="checkbox"/> Fratture, distorsioni
<input type="checkbox"/> Disturbi della vista	<input type="checkbox"/> Malattie renali. Monorene	<input type="checkbox"/> Altro

Hai avuto ricoveri o Interventi chirurgici in Ospedali o Case di Cura? NO SI Se sì, per cosa e quando _____

Attualmente fai uso di:

<input type="checkbox"/> Busto correttivo	<input type="checkbox"/> Rialzo o plantari	<input type="checkbox"/> Protesi	<input type="checkbox"/> Ginnastica correttiva
<input type="checkbox"/> Occhiali o lenti a contatto per:	<input type="checkbox"/> miopia	<input type="checkbox"/> ipermetropia	<input type="checkbox"/> astigmatismo
<input type="checkbox"/> FARMACI Quali e per quale motivo? _____			

Integratori Alcolici, vino, birra Sigarette sostanze stupefacenti Altro

Il sottoscritto _____ genitore di _____ dichiara sotto la propria responsabilità di aver informato il medico delle mie attuali condizioni psico-fisiche e delle affezioni precedenti, di aver fornito notizie complete e veritiere e di non essere mai stato dichiarato non idoneo all'attività agonistica, e di non avere in corso sospensioni o di in attesa di giudizio da parte di un altro Ambulatorio di Medicina dello Sport. Consente all'uso dei dati personali secondo l'art.n. 23 D.Lgs 196/03.

Data _____ Firma del genitore o tutore _____



AZIENDA ULSS N. 5 POLESANA
SERVIZIO DI MEDICINA DELLO SPORT
ROVIGO – c/o Cittadella Socio Sanitaria – tel 0425.393659
ADRIA - c/o Ospedale - tel 0426.940410 / 940757
TRECENTA – c/o Ospedale tel 0425.725836

**PROMEMORIA INFORMATIVO PER GLI ATLETI CHE DEVONO ESEGUIRE LA
VISITA DI IDONEITA' SPORTIVA AGONISTICA**

Appuntamento il

Giorno: _____ Ora: _____ Sede: _____

Leggi attentamente le istruzioni riportate in questo foglio e annota qui sopra come promemoria l'appuntamento fissato dal CUP.

COS' È LA VISITA PER IDONEITÀ AGONISTICA?

Si tratta di una valutazione complessa che permette l'identificazione di patologie e di fattori di rischio nel soggetto esaminato. La valutazione comprende:

- raccolta della storia clinica familiare e personale
- visita generale con esame dell'apparato muscolo-scheletrico, toracico, cardiovascolare, addominale, neurologico
- raccolta di un campione di urine ed esame mediante stick
- misurazione di peso e statura
- esame dell'acuità visiva naturale e corretta
- esame del senso cromatico (quando previsto)
- spirometria (quando prevista)
- elettrocardiogramma a riposo e, quando previsto o necessario, durante e dopo sforzo

Lo sforzo consiste generalmente nel salire e scendere per 3 minuti un cubo di 30 o 40 cm alla velocità di 30 salite al minuto; seguono altri 3 minuti di recupero. Oppure si tratta di un test breve al cicloergometro, o al tapis roulant, a seconda delle necessità valutative.

I soggetti > 35 anni e altri casi particolari sono invece sottoposti a test massimale al cicloergometro o al tapis roulant.

Per la pratica di alcune discipline sportive, o per chiarire dubbi o anomalie, il Medico dello Sport può richiedere ulteriori accertamenti.

Al termine della valutazione il Medico dello Sport saprà dare ad ogni soggetto le indicazioni più utili.

COME PRESENTARSI ALLA VISITA

Alla visita l'atleta dovrà presentarsi accompagnato da un genitore, se minorenne, e dovrà portare con sé:

- il **foglio notizie** e il **modulo di richiesta visita**, consegnati dalla società sportiva e completati da un genitore/tutore (o dall'atleta stesso se maggiorenne);
- **documento di identità valido** (la carta di identità è obbligatoria ad ogni età)
- **tessera o documentazione delle vaccinazioni effettuate;**
- **occhiali o lenti in uso**
- **eventuale documentazione clinica posseduta:** ad esempio radiografie, esami cardiologici o altri esami specialistici di qualsiasi tipo, esami del sangue, ecc.

Si raccomanda la pulizia e l'igiene personale, oltre ad un abbigliamento comodo o sportivo. Evitare il digiuno e l'assunzione di sostanze eccitanti (caffè, the, cioccolato, ecc)

Nel caso vi sia una malattia occasionale o i postumi di un trauma in corso conviene contattare il Servizio e la società sportiva per valutare l'opportunità di rimandare l'appuntamento fissato.

Nei 2 giorni che precedono la visita è preferibile ridurre gli allenamenti o esercizi fisici impegnativi, poiché in questo caso è possibile ritrovare alterazioni nell'esame delle urine previsto.