

MO08

RICHIESTA DI CERTIFICATO PER IDONEITÀ SPORTIVA AGONISTICA:
 (DM 18/02/1982 e DGR Emilia Romagna 775/2004 e s.m.i.)
da compilare a cura della Società Sportiva

La Società Sportiva
 Cod Fiscale Con sede sociale in via n°
 Città Prov. Telefono
 Fax email Affiliato alla Federazione
 CONI/Ente Promozionale (specificare cosa e numero)

Nella persona del Presidente / legale rappresentate pro-tempore

Consapevole delle sanzioni previste in caso di dichiarazioni non veritiere e/o di falsità negli atti (DPR 445/2000 e s.m.i.):

CHIEDE la Visita Medico Sportiva per idoneità alla pratica AGONISTICA

per l'atleta (cognome) (nome)
 nato il a Prov.
 Residente a Prov. CAP

SPECIFICARE LO SPORT AGONISTICO PER CUI SI RICHIEDE LA VISITA:

età MINIMA prevista dalle norme Federali, anni anagrafica solare

(Circ Min Salute prot. 6750-P15/11/2012 e Cons. Sup. Sanità sessione XLVIII del 25/09/2012 e s.m.i.)
 ed il conseguente rilascio/aggiornamento del "libretto Sanitario dello Sportivo"(DGR 775/2004 e s.m.i.).

PRIMA AFFILIAZIONE RINNOVO

Il Presidente dichiara di aver consegnato copia del modulo di "Consenso Informato – Autodichiarazione" ed il kit per l'esecuzione dell'esame urine all'atleta maggiorenne o al genitore o esercente la responsabilità genitoriale dell'atleta minorenni per la presa visione e compilazione prima della visita.

PER LA VISITA SI RICORDA: tuta da ginnastica, top per le ragazze anche se piccole, scarpe da ginnastica, ecc.

**IL PRESENTE MODULO, CORRETTAMENTE COMPILATO, FIRMATO E TIMBRATO È
 INDISPENSABILE PER L'ACCESSO ALLA PRESTAZIONE.**

data,

La Società Sportiva di appartenenza
 Associazione Sportiva Dilettantistica
 (timbro e firma del Presidente)
 Via Sant'Andrea n. 14
 42024 CASTELNOVO DI SOTTO (RE)
 Tel. 347.5395297
 E-mail: info.judocs@gmail.com
 C.F. 91168790359 - P.IVA 02640700353

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI – GDPR UE 2016/679 (General Data Protection Regulation). Per avere informazioni sul trattamento e sulla tutela dei suoi dati personali, può leggere la pagina internet all'indirizzo <http://www.ausl.re.it/privacy>

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia <small>IRCCS Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia</small></p> <p>Medicina dello Sport e Prevenzione Cardiovascolare Servizio Igiene e Sanità Pubblica Dipartimento Sanità Pubblica</p>	MODULO	Pagina 2 di 2
	<p>Richiesta di Visita Medico-Sportiva Agonistica per Atleti Tesserati</p>	<p>Codice MO08</p> <p>Rev 1 del 15/11/2023</p>

INFORMAZIONI IMPORTANTI

Come prenotare visite ed esami

I genitori degli **atleti minorenni** possono prenotare:

- on line dal proprio Fascicolo Sanitario Elettronico, CUPWeb
- servizio di Prenotazione Telefonica CUP
- di persona agli sportelli CUP e Polifunzionali dell'Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia
- nelle Farmacie convenzionate, servizio FarmaCUP

Gli **atleti maggiorenni** possono prenotare:

- per telefono, al numero dedicato alla Libera Professione Aziendale
- di persona agli sportelli CUP e Polifunzionali dell'Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia
- nelle Farmacie convenzionate, servizio FarmaCUP

Gli **atleti con disabilità** possono prenotare:

- utilizzando la PEC: medsport@pec.ausl.re.it
- utilizzando il Secure Form disponibile al link [SaDiSport](#), Salute Disabilità e Sport

Atleti minorenni

IMPORTANTE: il minore **deve essere sempre accompagnato alla visita medico sportiva dal genitore o dall'esercente la responsabilità genitoriale (Tutore Legale); in caso contrario non sarà possibile effettuare la visita**

Abbigliamento/ Alimentazione

È necessario un abbigliamento adeguato: tuta da ginnastica, top per le ragazze (anche se molto piccole), pantaloncini, scarpe da ginnastica. **Prima della visita si consiglia:** un pasto leggero, non presentarsi a digiuno, evitare le bevande alcoliche, thè, caffè, cola, ecc.

Per l'esecuzione della visita è necessario essere in buona salute; la prova da sforzo non potrà essere eseguita nel caso in cui l'atleta presenti febbre, esiti di infortuni recenti ecc.

Cosa portare al momento della visita

- tessera sanitaria (TS con codice fiscale di plastica, colore blu);
- libretto sanitario dello sportivo
- documento d'identità valido (Carta d'Identità);
- questionario e consensi informati compilati e sottoscritti dal genitore, ricevuti dalla Società Sportiva
- referti delle visite e degli esami richiesti;
- **l'esame urine** deve essere effettuato prima della visita d'idoneità sportiva agonistica (dal giorno prima a non più di 60 giorni prima) seguendo le indicazioni riportate sul foglio che ha ricevuto con la provetta dalla Società Sportiva.
- La presente richiesta di visita medico sportiva **compilata** rilasciata dalla Società Sportiva

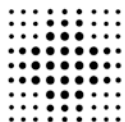
Tariffe

La Regione Emilia-Romagna riconosce la gratuita della visita per idoneità sportiva agonistica agli atleti minorenni o con disabilità tesserati.

Dove e come pagare

Si ricorda che prima di accedere a una qualsiasi prestazione sanitaria fornita dall'Azienda US/ASMN è obbligatorio avere pagato il ticket corrispondente.

Le modalità di pagamento, per gli atleti maggiorenni sono indicate sul foglio della prenotazione.



VISITA ED ACCERTAMENTI PER IDONEITÀ AGONISTICA SPORTIVA PER MINORENNE: AUTODICHIARAZIONE DATI SANITARI, CONSENSO INFORMATO

Si raccomanda la lettura, la compilazione e la firma in ogni parte in cui è richiesta (totale fogli 4)

Il modulo deve essere consegnato compilato (*barrare con una X il NO o il SI in tutte le domande*)
e firmato dal **genitore** o dall'esercente la responsabilità genitoriale (**tutore legale**).

In caso di dubbi nelle risposte saranno forniti chiarimenti da parte del medico al momento della visita.

I minori vengono visitati esclusivamente in presenza del genitore o dell'esercente la responsabilità genitoriale (tutore legale).

In assenza del genitore o del tutore legale non sarà effettuata la visita.

Io sottoscritto/a	Codice Fiscale
GENITORE o Esercente la responsabilità genitoriale dell'ATLETA	
nato a	Prov. il
telefono/cell. (del genitore o esercente la responsabilità)	
L'atleta è stato adottato/in affido?	NO SI Se SI, a che età?

È questa la prima visita di idoneità agonistica? NO SI

Ha fatto la visita di idoneità agonistica presso centri privati? NO SI

È mai risultato NON idoneo? NO SI Se SI, perchè?

Nato da parto? Naturale NO SI Cesareo NO SI Gemellare NO SI

Prematuro NO SI Complicato NO SI

Età del primo ciclo mestruale se femmina

Esegue annualmente bilancio della salute da medico curante/pediatra? NO SI

1. INFORMAZIONI SANITARIE SULLA FAMIGLIA DELL'ATLETA – Genitori, zii, nonni, fratelli, sorelle dell'atleta hanno o hanno avuto in passato:

I DATI SONO VARIATI RISPETTO LA VISITA PRECEDENTE? NO SI

Malattie cuore	NO	SI	Chi?
Pressione alta	NO	SI	Chi?
Ictus	NO	SI	Chi?
Aritmie	NO	SI	Chi?
Infarto	NO	SI	Chi?
Problemi renali	NO	SI	Chi?
Colesterolo alto	NO	SI	Chi?
Diabete	NO	SI	Chi?
Problemi tiroide	NO	SI	Chi?
Morti improvvise?	NO	SI	Se SI, chi e a che età?
Altro	NO	SI	

2. INFORMAZIONI SULLE ABITUDINI DELL'ATLETA

I DATI SONO VARIATI RISPETTO LA VISITA PRECEDENTE? NO SI

Fa colazione NO SI Bevande (anche yogurt) Bevanda+prod. forno/cereali
 Bevanda+prod. forno+frutto Altro

Mangia frutta e verdura NO SI Nr. porzioni al giorno: 0-1 1-2 2-3
 3-4 4-5 Altro

Fumo NO SI Nr. Sigarette al giorno

Alcool NO SI Occasionale Moderato Frequente

Usa integratori NO SI Vitaminici Proteici Salinici *Altro*

Bevanda/e principale della giornata Acqua Bevande gassate Energy drink
Altro

Ore attività sportiva organizzata a settimana 0-4 4-8 8-12 Più di 12

Ore di attività fisica libera a settimana 0-3 3-6 Più di 6

3. RACCOLTA DATI PATOLOGICI RIGUARDANTI L'ATLETA

I DATI SONO VARIATI RISPETTO LA VISITA PRECEDENTE? NO SI

Ha eseguito le vaccinazioni obbligatorie NO SI

Ha avuto la mononucleosi NO SI Se SI, a che età?

Anemia NO SI **Diabete** NO SI

Febbre reumatica NO SI **Artrite reumatoide** NO SI

Malattie tiroide NO SI

Manifestazioni anomale durante lo sport NO SI **Mancanza di respiro** NO SI
Dolore al petto NO SI **Palpitazioni** NO SI
Vertigini NO SI *Altro*

Malattie del cuore NO SI **Soffio** NO SI **Valvole** NO SI **Aritmie** NO SI
Miocardite NO SI *Altro*

Hai mai fatto ecografia cardiaca? NO SI Se SI, per quale motivo?

Hai mai fatto holter cardiaco 24 ore? NO SI Se SI, per quale motivo?

Prende farmaci? NO SI Quali e per quale motivo?

Allergie NO SI Se SI quali?

Allergia cutanea NO SI **Allergia respiratoria** NO SI **Shock allergico** NO SI

Malattie apparato respiratorio NO SI

Tonsilli NO SI **Sinusiti** NO SI
Bronchiti NO SI **Polmoniti** NO SI
Asma da sforzo NO SI **Asma allergico** NO SI
Altro

Malattie intestino NO SI **Fegato** NO SI **Epatite A** NO SI
Epatite B NO SI **Epatite C** NO SI
Salmonellosi NO SI **Celiachia** NO SI
Gastrite NO SI *Altro*

Malattie del rene NO SI	Proteine nelle urine NO SI <i>Altro</i>	Sangue nelle urine NO SI
Apparato locomotore	Scoliosi NO SI Piede piatto NO SI <i>Altro</i>	Dorso curvo NO SI Piede cavo NO SI
Apparato neurologico	Mal di testa NO SI Epilessia NO SI <i>Altro</i>	Convulsioni NO SI Trauma cranico NO SI
Ha fatto visita oculistica recente NO SI	Problemi agli occhi NO SI Astigmatismo NO SI Ipermetropia NO SI Difficoltà nella visione dei colori NO SI	Strabismo NO SI Miopia NO SI
Problemi orecchio NO SI	Otiti NO SI Riduzione udito NO SI	Sordità NO SI
Ricoveri per interventi NO SI	Adenoidi NO SI Tonsille NO SI Altri interventi NO SI	Ernia inguinale NO SI Appendicite NO SI
Ha avuto traumi NO SI	Distorsioni NO SI Menischi/legamenti NO SI Fratture NO SI Lesioni muscolari NO SI	Cosa? Cosa? Cosa? Cosa?

Altre comunicazioni

HO COMPILATO QUANTO SOPRA E DICHIARO:

di AVER INFORMATO correttamente il medico delle condizioni psico-fisiche attuali e delle malattie precedenti del minore e che lo stesso **non è mai stato dichiarato NON idoneo in precedenti visite medico sportive di legge**. Inoltre mi impegno, come esercente la responsabilità genitoriale dell'atleta, a non fargli/le fare uso di droghe riconosciute illegali e prendo atto dei rischi derivanti dal fumo di tabacco e dall'abuso di alcol.

Data

Firma del genitore o esercente responsabilità genitoriale

CONSENSO INFORMATO

INFORMAZIONI SULLE MODALITÀ DELLA VISITA E DEGLI ACCERTAMENTI PER IDONEITÀ ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ SPORTIVA AGONISTICA:

Durante la visita, oltre al raccordo anamnestico, saranno effettuate: la visita medica con esame obiettivo e rilevazione della pressione arteriosa, misurazioni antropometriche (peso, altezza, ...), controllo esame urine per presa visione, un ECG a riposo ed eventualmente un test spirometrico.

Per le discipline sportive agonistiche previste nella Tab. B, la normativa prevede il test da sforzo che valuta l'apparato cardiovascolare, **per la riduzione del rischio di morte improvvisa**. Tecnicamente il test da sforzo viene eseguito tramite monitoraggio continuo del cuore (telemetria) utilizzando lo step test o il tapis roulant o il cicloergometro o il cicloergometro a manovella, con valutazione nella fase di recupero dopo lo sforzo.

Il test da sforzo è nella grandissima maggioranza dei casi un test sicuro. Può essere seguito da lievi disturbi transitori (malessere, debolezza, crampi alle gambe, dolore toracico). Dagli studi scientifici eseguiti risulta l'eventualità assolutamente eccezionale di morte improvvisa. Viene riportata una frequenza di circa un caso ogni 80.000 esami (GH Kimberly, 2014). Rispetto a questo dato, la sicurezza dell'attività svolta nei nostri centri è ancora maggiore, perché il test viene eseguito soltanto al termine di un'accurata visita medica e dopo l' ECG a riposo. Inoltre, Il medico è sempre presente ed il personale ha a disposizione le opportune attrezzature per l'emergenza.

DICHIARO:

- di ESSERE STATO INFORMATO in modo chiaro ed a me comprensibile, a voce e per iscritto, sullo svolgimento e sui rischi della visita medico sportiva (D.M. 18/02/1982 e DGR 775/2004 e succ. int.) e i relativi accertamenti;
- di AVERE OTTENUTO RISPOSTE E SPIEGAZIONI CHE HO BEN COMPRESO ad eventuali richieste di chiarimenti;

Pertanto, in accordo con l'altro genitore da me consultato, consapevolmente

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

(barrare con una x la voce che interessa)

alla visita ed ai relativi accertamenti.

Data

Firma del genitore o esercente responsabilità genitoriale

Firma e timbro del MEDICO

CHE ACQUISISCE IL CONSENSO

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

Per le finalità connesse alla richiesta di idoneità alla pratica sportiva agonistica, informato e secondo le modalità di cui alla specifica normativa in materia, secondo il GDPR UE 2016/679 (General Data Protection Regulation), autorizzo i Sanitari dell'Unità Operativa Medicina dello Sport dell'Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia a trattare ed archiviare i dati personali, compresi quelli relativi alla mia visita di idoneità, ad utilizzare lo strumento Data Warehouse Clinico dal quale risalire alla banca dati sanitaria della Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia, utili alla valutazione di idoneità sportiva agonistica, da me richiesta.

Il titolare del trattamento è il Responsabile di Unità Operativa Dott. Gianni Zobbi. L'informativa completa sul trattamento dei dati personali e sensibili da parte dell'Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia è disponibile sulla pagina internet all'indirizzo <http://www.ausl.re.it/privacy>

Data

Firma del genitore o esercente responsabilità genitoriale

I dati personali e sanitari raccolti in occasione della visita di medicina dello sport, potranno essere utilizzati, rigorosamente in forma anonima, a fini statistici, scientifici e di ricerca.

Pertanto, in accordo con l'altro genitore da me consultato, consapevolmente

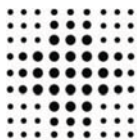
ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

(barrare con una x la voce che interessa)

Data

Firma del genitore o esercente responsabilità genitoriale



MO07

Richiesta di esame urine completo per idoneità sportiva agonistica

PER ACCETTAZIONE e CONSEGNA CAMPIONE URINE:
(Compilare in STAMPATELLO con i dati dell'atleta)

Cognome _____ Nome _____

C. F. _____ Data di nascita _____ Sesso M F

INDICAZIONI IMPORTANTI:

1. INFORMATI PER LE MODALITÀ DI CONSEGNA NEL CENTRO PRELIEVI CHE HAI SCELTO

URP DISTRETTUALI			
REGGIO EMILIA	0522 335168	CASTELNOVO NE' MONTI	0522 617328
CORREGGIO	0522 630211	GUASTALLA	0522 837344
MONTECCHIO	0522 860205	SCANDIANO	0522 850400

2. CONSEGNA la provetta di urine, accompagnata da questa richiesta, presso uno dei seguenti **CENTRI PRELIEVI**

CENTRI PRELIEVI			
REGGIO EMILIA ARCISPEDALE S MARIA NUOVA	V.le Risorgimento, 80	MONTECCHIO OSPEDALE FRANCHINI	Via Barilla, 16
BRESCELLO POLIAMBULATORI	Via Cisa Ligure (ex Ospedale)	NOVELLARA CASA DELLA SALUTE	Via della Costituzione, 12
CASTELNOVO SOTTO POLIAMBULATORI	Via D. Alighieri, 3/B	PUIANELLO CASA DELLA SALUTE	Via Amendola, 1
CORREGGIO PALAZZINA EX INAM	Via Circondaria, 26	SCANDIANO OSPEDALE MAGATI	Via Martiri della Libertà, 6
FABBRICO CASA DELLA COMUNITA'	Via XXV settembre, 34/a	POVIGLIO CENTRO MEDICO POLIFU.	Via Roma, 22
GUASTALLA OSPEDALE CIVILE	Via Donatori di Sangue, 1	CASTELNOVO NE' MONTI OSPEDALE S. ANNA	Sala Centro Prelievi Via Roma, 2


3. Consegna le urine almeno QUALCHE GIORNO PRIMA DELLA VISITA MEDICA

4. Per l'esatta esecuzione del test deve essere raccolta la prima urina del mattino immediatamente dopo il risveglio (*mitto intermedio*, cioè evitando di raccogliere il getto iniziale e finale di urina), **A DISTANZA DI ALMENO 24 ORE DA UNO SFORZO FISICO (allenamento, gara, ginnastica)** perché qualunque attività fisica può alterare i dati.

5. Per le atlete è importante fare l'esame almeno 7 - 10 giorni dalla fine del ciclo mestruale.

NOTE PER L'UFFICIO ACCETTAZIONE del Centro Prelievi:

• *Contratto:* S

• *Codice di provenienza:* 

Reggio Emilia 1138	Correggio 1207
Guastalla 1205	Montecchio 1138
Castelnuovo Monti 1138	Scandiano 1138