

## **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](http://www.cedal.net)

ALLEGATO "1"



U.O. Prevenzione

**Regione Lombardia**

Sanità

ATS

**RICHIESTA DI VISITA MEDICO - SPORTIVA  
PER L'IDONEITA' ALLA PRATICA AGONISTICA**

(D.M. Sanità 18.02.1982)

Data \_\_\_\_\_

La società sportiva \_\_\_\_\_

con sede in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

affiliata alla Federazione Sportiva Nazionale \_\_\_\_\_

e/o all'Ente di Promozione Sportiva Riconosciuto \_\_\_\_\_

dal  -  -   
data completa

con codice n.

chiede per il proprio atleta \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

abitante a \_\_\_\_\_

Via / Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Una visita medico – sportiva per l'idoneità alla pratica agonistica dello sport

prima affiliazione

rinnovo (allegare ultimo certificato in originale in possesso dell'atleta)

Tessera sanitaria n.

Codice Fiscale n.

\_\_\_\_\_  
Firma del presidente e timbro della società

**N.B.:** La mancata o l'errata compilazione di uno dei dati richiesti e/o la mancata presentazione dell'ultimo certificato rende **Nulla** la richiesta.

Per prima affiliazione si intende la prima visita in assoluto dell'atleta richiesta per qualsiasi sport, tutte le successive anche per sport diversi sono da considerarsi rinnovi.

la richiesta deve essere compilata a macchina o con carattere stampatello, timbrata e firmata in originale.

La richiesta non può essere presentata prima di 30 gg. dalla scadenza del certificato precedente.

Il presidente della società **non può compilare più richieste di visita per lo stesso atleta nel corso degli 11 mesi successivi.**







**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](mailto: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**

**Si(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:

- 1. 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.*