



**GRUPPO Ce.DAL**  
Centro Diagnostico Alta Lombardia  
DIAGNOSI • CURA • PREVENZIONE

Sistema Sanitario  Regione Lombardia

**CENTRO INTERDIPARTIMENTALE  
DI MEDICINA DELLO SPORT S.R.L.**

**Società soggetta a direzione e coordinamento di Cedal s.r.l.**

DIR. SAN. Dr. Diego Fontana

P.IVA 01995210125 Capitale Sociale € 20.000 i.v.

Piazza Buffoni 1 – 21013 GALLARATE (VA ) TEL 0331 786727

E-mail: [medicinadellosport@cedal.net](mailto:medicinadellosport@cedal.net) Sito Web: [www.cedal.net](http://www.cedal.net)

## **Norme per l'effettuazione della visita medico-sportiva NON AGONISTICA**

### **PORTARE:**

**1. TESSERA SANITARIA REGIONE LOMBARDIA** (si precisa che nelle nuove tessere di colore blu non è più presente il codice assistito) e **CODICE FISCALE**

**2. DOCUMENTO D' IDENTITA'**

**3. 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.

**4. DICHIARAZIONE COVID** firmato per presa visione (SE risultato **POSITIVO** prendere accordi con lo Studio PRIMA dell'appuntamento e visionare il **PROTOCOLLO FMSI** degli atleti)

**5. In caso di pregresse patologie, portare documentazione medica e ESAMI DI LABORATORIO** se effettuati

Munirsi dell'importo di € .....

**APPUNTAMENTO FISSATO PER IL GIORNO .....**

**ALLE ORE .....**

N.B. per qualsiasi informazione aggiuntiva consultare il nostro sito: [www.cedal.net](http://www.cedal.net)





**CENTRO INTERDIPARTIMENTALE  
 DI MEDICINA DELLO SPORT S.R.L.**

Società soggetta a direzione e coordinamento di Cedal s.r.l.  
 DIR. SAN. Dr. Diego Fontana

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** \_\_\_\_\_



**GRUPPO Ce.DAL**  
Centro Diagnostico Alta Lombardia  
DIAGNOSI • CURA • PREVENZIONE

Sistema Sanitario  Regione Lombardia

**CENTRO INTERDIPARTIMENTALE  
DI MEDICINA DELLO SPORT S.R.L.**

**Società soggetta a direzione e coordinamento di Cedal s.r.l.**

DIR. SAN. Dr. Diego Fontana

P.IVA 01995210125 Capitale Sociale € 20.000 i.v.

Piazza Buffoni 1 – 21013 GALLARATE (VA) TEL 0331 786727

E-mail: [medicinadellosport@cedal.net](mailto:medicinadellosport@cedal.net) Sito Web: [www.cedal.net](http://www.cedal.net)

**DICHIARAZIONE**

Il sottoscritto (ATLETA) \_\_\_\_\_

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

residente in \_\_\_\_\_

**attesta**

di aver avuto **diagnosi** accertata di infezione da **SARS-CoV-2** o **sintomatologia** tipica riferibile ad infezione da **SARS-CoV-2**.

SI (1)  (se sì) **SINTOMI:** \_\_\_\_\_

**FARMACI assunti:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(allegare tamponi/attestazione quarantena)

NO

*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 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 firmata dal genitore**

*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.*