



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 3 – 21013 GALLARATE (VA) TEL 0331 786727

E-mail: medicinadello sport@cedal.net Sito Web: www.cedal.net

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
- 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)
- TESSERA SANITARIA REGIONE LOMBARDIA** (si precisa che nelle nuove tessere di colore blu non è più presente il codice assistito) e **CODICE FISCALE**
- DOCUMENTO D' IDENTITA'**
- un campione con le **URINE** raccolte a casa in apposito contenitore con scritto nome e cognome
- L'ATLETA oppure il GENITORE (se minore) deve presentare i **MODULI ANAMNESI + PRIVACY (GIA' 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.
- In caso di pregresse patologie, portare **documentazione medica e ESAMI DI LABORATORIO** se effettuati
- 8. IMPORTANTE uomini over 40 e donne over 50 anni:** è necessario presentare gli **esami del sangue con dosaggio del colesterolo totale e HDL** eseguiti entro l'ultimo anno per la valutazione del rischio cardio-vascolare (nuovi protocolli COCIS 2023).
In presenza di rischio elevato o molto elevato, i criteri della Società Europea di Cardiologia (ESC) potrebbero richiedere l'esecuzione di esami cardiologici-strumentali di secondo livello e o richiesta di parere specialistico cardiologico.

La visita è a pagamento per gli atleti maggiorenni e minori assistiti fuori regione.

N.B. per qualsiasi informazione aggiuntiva consultare il nostro sito: 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) _____

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) _____
- Ipercolesterolemia familiare (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 avuto il Covid negli ultimi 12 mesi? Se sì indicare i sintomi avuti e i farmaci assunti

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 _____

