



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 _____

RICHIESTA DI VISITA MEDICO-SPORTIVA PER L'IDONEITÀ ALLA PRATICA AGONISTICA
(D.M. SANITÀ 18.02.1982 – D.M. SANITÀ 04.03.1993)

DATA _____

La Società Sportiva _____

Con sede in _____ CAP _____

Indirizzo PEC* _____

Affiliata a:

Federazione Sportiva Nazionale (sigla) _____

Ente di Promozione Sportiva Riconosciuto (sigla) _____ dal __/__/____

con codice n. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Chiede per il proprio atleta:

Cognome e nome _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____

Via/piazza _____ n. _____

Codice fiscale _____

Indirizzo PEC _____

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

 Prima affiliazione Rinnovo (allegare ultimo certificato in
originale in possesso dell'atleta)_____
Firma del Presidente e timbro della Società Sportiva**N.B.** L'indirizzo PEC è requisito obbligatorio.

La mancata o 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.