

Certificato di idoneità per attività sportive agonistiche a elevato impegno cardio-vascolare: richiesta di visita medico-sportiva

La società sportiva CIRCOLO ARCI POL. SPILAMBERTESE A.S.D. E A.P.S

Via GAETANO DONIZETTI n. 1, 41057 SPILAMBERTO (MO)

e-mail arcispilamberto@libero.it

CHIEDE

► la visita medico-sportiva per l'atleta

(nome) | (cognome)

nato/a il | a | Prov.

Stato di nascita | codice fiscale

residente a | Prov. | CAP

Via | n.

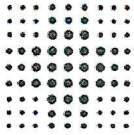
telefono (fisso o cellulare)

e-mail (facoltativo)

► per l'attività sportiva indicata

barrare UNA casella

| | Disciplina sportiva | Prestazioni da prenotare | Codice di prenotazione |
|-------------------------------------|---|--|-------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Atletica leggera, Calcio, Ciclismo, Nuoto, Pallacanestro, Pallavolo, Tennis. Altri sport di squadra: Baseball, Beach volley, Canottaggio, Danza sportiva, Ginnastica, Ginnastica ritmica, Handball, Hockey (su pista, su prato e/o indoor, in linea, su ghiaccio), Mini baseball, Pallanuoto, Pentathlon, Rugby, Softball, Vela, Altri sport individuali: Aikido, Arbitri (qualsiasi disciplina), Bocce (prove veloci), Canoa canadese, Judo, Ju-jitsu, Karate, Kayak, Kung-fu, Lotta grecoromana, Motociclismo (enduro, motocross, trial), Nuoto pinnato, Nuoto salvamento, Nuoto sincronizzato, Scherma, Skateboard, Skiroll, Sollevamento pesi, Sport Equestri (attacchi, equitazione – cavalli, equitazione – pony, polo, voltaggio), Tennis Tavolo, Triathlon, Wushu, Wushu kung-fu taolu. | Visita medico-sportiva Tab. B1 | MS00009 |
| <input type="checkbox"/> | Biathlon, Pentathlon moderno. | Visita medico-sportiva Tab. B2 Esame audiometrico tonale Visita otorinolaringoiatrica | MS00010 OT00006 OT00001 |



| | Disciplina sportiva | Prestazioni da prenotare | Codice di prenotazione |
|--------------------------|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> | Pugilato – Wushu sanda full contact | Visita medico-sportiva Tab. B3 Elettroencefalogramma (prima visita) Visita neurologica Esame audiometrico tonale Visita otorinolaringoiatrica Visita oculistica | MS00011 NR00011 NR00001 OT00006 OT00001 OC00001 |
| <input type="checkbox"/> | Sci alpino discesa libera, Sci combinata salto speciale | Visita medico-sportiva Tab. B4 Visita neurologica Elettroencefalogramma (prima visita) | MS00012 NR00001 NR00011 |
| <input type="checkbox"/> | Slalom gigante e speciale | Visita medico-sportiva Tab. B5 Visita neurologica | MS00013 NR00001 |
| <input type="checkbox"/> | Sport subacquei (apnea, immersione didattica, orientamento, sub con respiratore) | Visita medico-sportiva Tab. B6 Visita otorinolaringoiatrica | MS00014 OT00001 |

data _____

| firma e timbro della società sportiva

CIRCOLO ARCI - POLISPORTIVA SPILAMBERTESE
A.s.d. e A.p.s.
Via G. Donizetti, 1
41057 SPILAMBERTO (MO)
Codice Fiscale - 94019210361
Partita IVA - 01999000365

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - INFORMAZIONI REGOLAMENTO (UE) 2016/679

Per avere informazioni sul trattamento e sulla tutela dei suoi dati personali, può leggere la pagina internet all'indirizzo www.ausl.mo.it/informativaprivacy



INFORMAZIONI IMPORTANTI

Come prenotare visite ed esami

I genitori degli atleti minorenni e gli atleti di età inferiore ai 40 anni possono prenotare in diversi modi:

- on line, tramite il Fascicolo Sanitario Elettronico
- per telefono, al numero 800 239123
- di persona, nelle farmacie di Modena e provincia e nei corner salute di diversi ipermercati e supermercati Coop Alleanza 3.0 di Modena e provincia

Gli atleti di età superiore ai 40 anni e gli atleti con disabilità possono prenotare in diversi modi:

- per telefono, ai numeri 059 2134280 (atleti di età superiore ai 40 anni) o 059 2134288 (atleti con disabilità)
- per posta elettronica, agli indirizzi visitasportiva@ausl.mo.it (atleti di età superiore ai 40 anni) o disabilimsport@ausl.mo.it (atleti con disabilità).

Atleti minorenni

Il minore deve essere sempre accompagnato alla visita medico sportiva da un genitore o da un'altra persona delegata.

Cosa portare al momento della visita

Deve portare i referti delle visite e degli esami richiesti (compreso l'esame delle urine).

Per l'esame delle urine, l'atleta deve seguire le indicazioni presenti nel foglio timbrato che ha ricevuto dalla società sportiva insieme alla richiesta della visita o leggere la pagina internet

www.ausl.mo.it/dsp/urinesport

Tariffe

La visita medica per l'idoneità sportiva ha un costo, stabilito dalla Regione Emilia Romagna, che si differenzia in base all'età degli atleti:

- 45 euro, per gli atleti dai 18 ai 40 anni
- 60 euro, per gli atleti con più di 40 anni.

La visita è gratuita per gli atleti minorenni o con disabilità.

Dove e come pagare

Le informazioni sulle modalità di pagamento sono indicate in allegato alla prenotazione della visita.



ESAME URINE

COMPILARE IN STAMPATELLO

Revisione del 20/01/2021

CIRCOLO ARCI - POLISPORTIVA SPILAMBERTESE
A.s.d. e A.p.s.
Via G. Donizetti, 1
data di nascita _____
41057 SPILAMBERTO (MO)
Società Sportiva (tombro) _____ Codice Fiscale - 94019210361
Partita IVA - 01999000365

Consegnare il presente modulo e la provetta con le urine (almeno 4 giorni lavorativi prima della data della visita medico sportiva) presso uno dei seguenti Centri Prelievi, nei giorni e negli orari indicati.
NOTA BENE: Come da disposizioni relative al protocollo COVID, la consegna della provetta va prenotata in farmacia.

| SEDE | GIORNI | ORARIO | |
|---|--|--------------|----------------|
| Centro Prelievi di Bomporto | martedì - giovedì - sabato | 7.00 | 9.00 |
| Centro Prelievi di Campogalliano | martedì - mercoledì - giovedì - sabato | 7.30 | 9.00 |
| Centro Prelievi di Carpi | dal lunedì al sabato | 8.30 | 9.30 |
| Centro Prelievi di Castelnuovo | lunedì - mercoledì - giovedì | 7.00 | 10.00 |
| Centro Prelievi di Castelfranco | dal lunedì al sabato | 7.00 | 10.00 |
| Centro Prelievi di Castelvetro | martedì - venerdì | 7.00 | 9.00 |
| Centro Prelievi di Cavezzo | lunedì - mercoledì | 7.00 | 9.00 |
| Centro Prelievi di Concordia | martedì - giovedì - venerdì | 7.00 | 9.00 |
| Centro Prelievi di Fanano | lunedì - mercoledì - giovedì | 7.30 | 9.30 |
| Centro Prelievi di Finale Emilia | dal lunedì al sabato | 7.00 | 9.00 |
| Centro Prelievi di Formigine | dal lunedì al sabato | 7.00 | 10.00 |
| Centro Prelievi di Guiglia | mercoledì | 7.00 | 9.00 |
| Centro Prelievi di Mirandola | dal lunedì al sabato | 7.15 | 9.00 |
| Centro Prelievi di Modena - La Rotonda | dal lunedì al venerdì sabato | 6.30 7.00 | 10.00 10.00 |
| Centro Prelievi di Modena - Via Newton, 150 | dal lunedì al sabato | 7.00 | 10.00 |
| Centro Prelievi di Montese | martedì - venerdì | 7.00 | 8.30 |
| Centro Prelievi di Nonantola | lunedì - mercoledì - venerdì | 7.00 | 9.00 |
| Centro Prelievi di Novi | dal lunedì al venerdì | 7.00 | 9.00 |
| Centro Prelievi di Pavullo | dal lunedì al venerdì sabato | 7.00 7.00 | 10.00 8.30 |
| Centro Prelievi di Pievepelago | lunedì, martedì, mercoledì e venerdì | 7.30 | 9.00 |
| Centro Prelievi di Rovereto | lunedì, martedì e giovedì | 7.00 | 8.30 |
| Centro Prelievi di San Felice | dal lunedì al venerdì | 7.00 | 9.00 |
| Centro Prelievi di Sassuolo | dal lunedì al sabato | 7.00 | 10.00 |
| Centro Prelievi di Serramazzoni | martedì, mercoledì, giovedì e venerdì | 7.00 | 9.00 |
| Centro Prelievi di Soliera | dal lunedì al sabato | 7.00 | 8.30 |
| Centro Prelievi di Spilamberto | martedì - giovedì - venerdì | 7.00 | 9.00 |
| Centro Prelievi di Vignola | dal lunedì al sabato | 7.00 | 10.00 |
| Centro Prelievi di Zocca | lunedì - giovedì | 7.00 | 8.30 |

Si prega di verificare comunque giorni ed orari di ricevimento dei Centri Prelievi al seguente link
<http://www.ausl.mo.it/punti-prelievi>

ESAME CHIMICO FISICO DELLE URINE

N.B.: PROCURARSI IL CONTENITORE IDONEO PER LA RACCOLTA DEL MATERIALE BIOLOGICO: BARATTOLO STERILE TAPPO GIALLO CON ESTRATTORE E PROVETTA TAPPO BIANCO FONDO TONDO



Barattolo sterile tappo giallo



Provetta tappo bianco

Preparazione: raccogliere il campione dopo il riposo notturno evitando attività fisica intensa e rapporti sessuali nella giornata precedente. Non raccogliere le urine durante il ciclo mestruale.

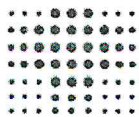
Raccolta: dopo avere lavato accuratamente le mani e i genitali esterni (con abbondante risciacquo), svitare il tappo in senso antiorario cercando di non toccare le superfici interne del contenitore e del coperchio. Scartare il primo getto di urina e raccogliere il successivo nel barattolo (riempire il contenitore di non più di 3/4 della sua capacità), richiudere e miscelare il campione prima del trasferimento in provetta. Sollevare parzialmente l'etichetta adesiva presente sul coperchio (non toglierla completamente), inserire la provetta senza togliere il tappo, esercitare e mantenere una moderata pressione sulla provetta ed attendere il completo riempimento (cessazione del flusso). Togliere la provetta e riposizionare accuratamente l'etichetta adesiva al coperchio. NB: per i bambini riempire almeno la metà della provetta.

Nel caso siano richiesti contemporaneamente vari esami sulle urine del mattino aspirare prima il campione per il chimico-fisico (provetta con tappo bianco da 10 ml) e poi quello o quelli per gli ulteriori esami (tappo giallo per urinocoltura, altra provetta con tappo bianco per test di gravidanza, tappo marrone per analiti di chimica: sodio, potassio, calcio, proteine, creatinina, albumina, amilasi, beta 2 microglobulina urine, altra provetta tappo marrone per Bence Jones, immunofissazione urine, elettroforesi proteine urine).

Scrivere su ogni provetta il proprio nome, cognome e data di nascita.

Eliminare il barattolo per la raccolta diretta (che non deve essere consegnato al Centro Prelievi)

NB: Per tutti i casi in cui la raccolta delle urine non segue vie fisiologiche (catetere, stomia, sacchettino), il campione di urina andrà comunque trasferito nel barattolo con successivo utilizzo delle provette come sopra indicato.



ACCERTAMENTO IDONEITA' SPECIFICA ALLO SPORT

Dichiarazione dell'atleta se maggiorenne o dei genitori per i minori di anni 18

Cognome e Nome _____ nato/a a _____ il _____

MALATTIE RIGUARDANTI LA FAMIGLIA

Indicare nella casella i casi familiari (genitori – nonni – fratelli e sorelle) che sono stati affetti dalle seguenti malattie:

| | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|----|----|-------------|----|----|------------------|----|----|----------|----|----|
| Malattie di cuore | si | no | Iperensione | si | no | Diabete | si | no | TBC | si | no |
| Tumori | si | no | Paralisi | si | no | Obesità | si | no | Sifilide | si | no |
| Asma e malattie allergiche | | | | si | no | Morti improvvise | | | | si | no |

NOTIZIE RIGUARDANTI L'ATLETA

Barrare le caselle riguardanti le malattie sofferte:

| | | | | | | | | |
|-------------------------|----|----|---|----|----|-------------------------|----|----|
| Morbillo | si | no | Epatite virale | si | no | Palpitazioni | si | no |
| Varicella | si | no | Otite | si | no | Malattie intestino | si | no |
| Rosolia | si | no | Sinusite | si | no | Asma | si | no |
| Parotite(orecchioni) | si | no | Bronchiti | si | no | Eczema (malattie pelle) | si | no |
| Pertosse (tosse canina) | si | no | Polmonite | si | no | Allergia | si | no |
| Scarlattina | si | no | Tonsillite | si | no | Svenimento - Vertigini | si | no |
| Lussazione anca | si | no | Pleurite | si | no | Epilessia | si | no |
| Scoliosi | si | no | Febbre reumatica | si | no | Diabete | si | no |
| Dorso curvo | si | no | Anemia | si | no | Enuresi (pipì a letto) | si | no |
| Piede piatto | si | no | Malattie di cuore | si | no | Trauma cranico | si | no |
| Scapole alate | si | no | Malattie di reni | si | no | Traumi sportivi | si | no |
| TBC | si | no | Traumi sportivi (distorsioni, strappi, contusioni ecc.) | | | si | no | |

RICOVERI PER INTERVENTO DI:

| | | | | | | | | | | | | | | |
|----------|----|----|----------|----|----|-------|----|----|-------------|----|----|-------|----|----|
| Tonsille | si | no | Adenoidi | si | no | Ernia | si | no | Appendicite | si | no | Altro | si | no |
| Anni | | | Anni | | | Anni | | | Anni | | | Anni | | |

Notizie particolari (tipo, decorso, cure, esiti) sulle malattie sopraindicate: _____

E' guarito completamente ? si no disturbi rimasti: _____

Sta facendo cure ? si no quali o per quale motivo: _____

| | | | | | | | | |
|---|----|----|--------------|----|----|--------------|----|----|
| Usa occhiali o lenti corneali | si | no | Per miopia | si | no | Ipermetropia | si | no |
| E' stato in cura con busti correttivi | si | no | Astigmatismo | si | no | Strabismo | si | no |
| Ginnastica correttiva | si | no | Rialzo piede | si | no | Fuma | si | no |
| Esposto a fumo passivo (casa, lavoro, ecc.) | si | no | | | | | | |

Il sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilità che le notizie fornite nel questionario sono complete e veritiere. Dichiaro inoltre di avere informato il medico delle mie attuali condizioni psico-fisiche e delle affezioni precedenti e di non essere mai stato dichiarato non idoneo in precedenti visite medico-sportive di legge. Mi impegno inoltre a non fare uso di droghe riconosciute illegali e do atto di essere stato informato dei pericoli derivanti di tabacco e all'uso di alcool. Esprimo inoltre, ai sensi della Legge sulla privacy n° 675/96, il consenso a trattare i miei dati personali e sensibili, per le finalità connesse alla mia richiesta di idoneità alla pratica sportiva agonistica, secondo le modalità di cui alla specifica normativa in materia.

.....li

Firma del dichiarante, o di un genitore, se minore