



A.S.D. PALLACANESTRO CEREA

REGIONE DEL VENETO



ULSS9
SCALIGERA

INDICAZIONI PER LA VISITA SPORTIVA AGONISTICA SEDE DI LEGNAGO – PRENOTAZIONE TRAMITE C.U.P. SCALIGERA 9

Per le prenotazioni contattare il Centro Unico di Prenotazione, allo **045 24552**, o recarsi direttamente allo sportello.

L'**ambulatorio** del **Servizio di Attività Motoria** si trova nell'**ala sud** dell'**Ospedale di Legnago**, al piano terra all'ambulatorio n.6 , in fondo al corridoio delle vaccinazioni.

L'atleta minorenni, nel rispetto delle norme medico-legali, **alla prima visita deve essere accompagnato da un genitore (o esercente la patria potestà)**. Nelle successive visite, se il genitore non può essere presente, l'atleta deve essere accompagnato da un familiare maggiorenne, obbligatoriamente munito di delega.

È consigliato arrivare con 15 minuti di anticipo rispetto l'orario della prenotazione.
ARRIVARE IN RITARDO NON GARANTISCE L'ESECUZIONE DELLA VISITA

L'atleta deve presentarsi all'appuntamento munito di:

- *ABBIGLIAMENTO SPORTIVO
- *CARTA D'IDENTITA' in corso di validità
- *MODULO DI RICHIESTA DELLA VISITA IN ORIGINALE rilasciato dalla Società di appartenenza
- *MODULO ANAMNESI DELL'ATLETA compilato e firmato
- *CAMPIONE DI URINE raccolto al mattino a domicilio in apposito contenitore acquistabile in farmacia (in alternativa si raccomanda all'atleta di presentarsi ben idratato a vescica piena)
- *eventuale DOCUMENTAZIONE SANITARIA (farmaci assunti regolarmente, patologie, referti di holter/ecocardiogrammi/interventi chirurgici ecc)

ALL'ATLETA CHE NON SI PRESENTA ALLA VISITA E NON HA PREVENTIVAMENTE ANNULLATO LA PRENOTAZIONE TRAMITE IL CUP, VERRÀ ADDEBITATO IL COSTO DELLA PRESTAZIONE

Se in prossimità della visita l'atleta è convalescente per malattia o in terapia farmacologica, contattare il Servizio tramite e-mail **uosdattivitamotorialegnago@aulss9.veneto.it** o il CUP allo **045 24552** per comunicarlo e valutare se comunque eseguire la visita o posticiparla

Dipartimento di Prevenzione
U.O.S.D. ATTIVITA' MOTORIA
Direttore Dr. G.F. Fraccaroli

SEDE DI SAN BONIFACIO

Tel.045-6138370

uosdattivamotoriasanbonifacio@aulss9.veneto.it

CUP 0456138962

SEDE DI BUSSOLENGO

Tel.045-6712683

uosdattivamotoriabussolengo@aulss9.veneto.it

CUP 04524552

SEDE DI LEGNAGO

Tel.0442-622358

uosdattivamotorialegnago@aulss9.veneto.it

CUP 04524552

SCHEDA ANAMNESI IDONEITÀ SPORTIVA

Cognome e Nome (Atleta) _____ nato a _____ il _____

Residente a _____ Via _____ n° _____ U.L.S.S. n. _____

Codice Fiscale _____ Documento Identità _____

Telefono _____ Email _____

Visita medico-sportiva precedente eseguita a _____ il _____

Da quanti anni fa questo sport? _____ Quante ore ti alleni in settimana? _____

MALATTIE RIGUARDANTI LA FAMIGLIA (genitori, fratelli, sorelle, zii, nonni)

Malattia di cuore* NO SI _____ Asma NO SI _____

Morte improvvisa NO SI _____ Allergie NO SI _____

Ipertensione NO SI _____ Malattie tiroidee NO SI _____

Diabete NO SI _____ Tumori NO SI _____

Dislipidemia NO SI _____ Altro _____

(elevati valori di colesterolo, trigliceridi)

(*) Cardiopatia ischemica (infarto, angina); Cardiomiopatia ipertrofica, dilatativa, Cardiomiopatia aritmogena; Sindrome di Brugada; Sindrome del QT lungo o corto; Sindrome di Marfan; Aritmie, Patologie valvolari, Malattie congenite; Interventi cardiaci o all'aorta; Portatore di pacemaker o defibrillatore

NOTIZIE RIGUARDANTI L'ATLETA

Malattia di cuore* NO SI _____ Asma NO SI _____

Diabete (tipo 1, tipo2) NO SI _____ Allergie NO SI _____

Ipertensione NO SI _____ Malattie tiroidee NO SI _____

Epilessia/convulsioni NO SI _____ Malattie esantematiche NO SI _____

Malattie renali NO SI _____ Polmonite NO SI _____

Nato a termine NO SI _____ Malattie intestinali NO SI _____

Fumatore NO SI _____ Ricoveri ospedalieri NO SI _____

Altro _____

Assume farmaci NO SI: Se SI Quali farmaci e il motivo _____

COVID-19

Ha avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19? NO SI Se SI quando ha avuto l'infezione? _____

Ha dovuto prendere farmaci e/o ha avuto sintomi importanti durante l'infezione? _____

Ha già eseguito la visita per il return to play? NO SI

SINTOMI

Segnalare se si ha avuto o non si ha avuto sintomatologia a riposo o durante attività fisica

Perdita di coscienza NO SI Battiti irregolari NO SI

Palpitazioni NO SI Difficoltà respiratorie NO SI

Dolore Toracico NO SI Altro _____

A RIPOSO

DURANTE L'ATTIVITA' FISICA

TRAUMI-INFORTUNI (ES.Fratture,traumi cranici) NO SI _____

INTERVENTI CHIRURGICI

Tonsillectomia/Adenoidectomia	NO SI	Ernia inguinale	NO SI
Appendicectomia	NO SI	Fimosi	NO SI
Interventi ortopedici	NO SI	Altro _____	

VISUS

Utilizza OCCHIALI o LENTI CORNEALI NO SI se SI per quale motivo:

Miopia	NO SI	Ipermetropia	NO SI
Astigmatismo	NO SI	Strabismo	NO SI
Altro _____			

È in regola con la vaccinazione antitetanica: NO SI PROVEDERA'

È mai stato sospeso dall'attività agonistica in visite precedenti e/o è mai stato sottoposto a ulteriori accertamenti cardiologici? NO SI

Se SI a quali esami si è sottoposto e perché _____

È mai stato dichiarato **NON IDONEO** in visite medico-sportive precedenti? NO SI

SE SI IN QUALE SEDE E IL MOTIVO _____

Il sottoscritto _____ genitore di _____ dichiara sotto la propria responsabilità che le notizie fornite nel questionario sono complete e veritiere; dichiara inoltre che il ragazzo **NON** è stato sottoposto ad accertamenti per il rilascio dell'attestato di idoneità sportiva agonistica negli ultimi dodici mesi.

Esprime inoltre, ai sensi dell'attuale legge sulla privacy (D. Lgs n.101/2018) il consenso a trattare i dati del ragazzo personali e sensibili e alla consultazione della documentazione pregressa, per le finalità connesse alla propria richiesta di idoneità alla pratica sportiva agonistica

Infine fornisce il **CONSENSO** che il proprio figlio

Accompagnato da _____

sia sottoposto a visita di idoneità sportiva agonistica nel corso della quale verranno effettuati i seguenti accertamenti:

- Visita medica
- ECG di base e dopo sforzo (test di Master – escluso visita tipo A)
- Esame urine
- Spirometria (escluso tipo A)

Ulteriori accertamenti supplementari che si rendessero necessari verranno comunicati e concordati.

Data _____

Firma leggibile _____

Dipartimento di Prevenzione
U.O.S.D. ATTIVITA' MOTORIA
Direttore Dr. G.F. Fraccaroli

SEDE DI SAN BONIFACIO

Tel.045-6138370

uosdattivamotoriasanbonifacio@aulss9.veneto.it

CUP 0456138962

SEDE DI BUSSOLENGO

Tel.045-6712683

uosdattivamotoriabussolengo@aulss9.veneto.it

CUP 04524552

SEDE DI LEGNAGO

Tel.0442-622358

uosdattivamotorialegnago@aulss9.veneto.it

CUP 04524552

MODULO DI DELEGA

Il/La Sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ Provincia di _____ Il ___/___/___

Residente a _____ Provincia di _____ CAP _____

Via/Piazza _____ N° _____

Codice Fiscale _____

Telefono _____

Genitore dell'atleta _____

DELEGA AD ASSISTERE ALLA VISITA MEDICO SPORTIVA DEL MINORENNE:

Il/la Sig.na _____

Nato/a a _____ Provincia di _____ Il ___/___/___

Residente a _____ Provincia di _____ CAP _____

Via/Piazza _____ N° _____

Firma del Delegante _____

Allegare copia del documento di identità

Firma del Delegato _____

Allegare copia del documento di identità