REGIONE DEL VENETO
ULSS2
MARCA TREVIGIANA

DISTRETTO TREVISO
U.O.C. Medicina dello Sport e dell'Esercizio Fisico

DELEGA DI ACCOMPAGNAMENTO

Io sottoscritto/a ……

nato/a …… il ……..

residente a……. in via ……. N…..

delego

il sig/sig.ra ……..

documento identificativo …….

a presenziare alla visita medico sportiva di mio figlio

……

nato il …….

Data……

Firma del delegante

……..

Firma del delegato

…….

N.B. la delega deve essere accompagnata da fotocopia del documento di identità del delegante e da documento identificativo del delegato, ai sensi del DPR 28/12/2000 n 445 e del provvedimento del garante 09/11/2005, punto 4.

REGIONE DEL VENETO
ULSS2 MARCA TREVIGIANA

DISTRETTO TREVISO
U.O.C. Medicina dello Sport e dell'Esercizio Fisico

SCHEDA ANAMNESI IDONEITÀ SPORTIVA
1ª VISITA

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ (_____) il _____

residente a _____ (_____) CAP _____

in via/piazza _____ n. _____

doc. d'identità _____ Codice Fiscale _____

tel. _____ e-mail _____

Sport per cui è richiesta la visita _____ anni di attività sportiva _____

Società sportiva di appartenenza _____

Svolge regolarmente altri sport? SI NO Quali? _____

Si sta allenando regolarmente? SI NO Per quante ore la settimana? _____

Malattie riguardanti la famiglia (nonni, genitori, fratelli, sorelle)

Morte improvvisa	SI	NO	Diabete	SI	NO
Malattie di cuore	SI	NO	Allergia	SI	NO
Ictus	SI	NO	Tumori	SI	NO
Ipertensione	SI	NO	Altro _____	SI	NO

Notizie riguardanti l'atleta

Morbillo	SI	NO	Pleurite	SI	NO	Svenimento	SI	NO
Varicella	SI	NO	Polmonite	SI	NO	Malattie di stomaco	SI	NO
Rosolia	SI	NO	Sinusite	SI	NO	Malattie di reni	SI	NO
Scarlattina	SI	NO	Febbre reumatica	SI	NO	Malattie di intestino	SI	NO
Parotite	SI	NO	Asma	SI	NO	Lussazione anca	SI	NO
Pertosse	SI	NO	Eczema	SI	NO	Scoliosi	SI	NO
Epatite virale	SI	NO	Allergia	SI	NO	Dorso curvo	SI	NO
Mononucleosi	SI	NO	Anemia	SI	NO	Piede piatto	SI	NO
Tonsillite	SI	NO	Diabete	SI	NO	Scapole alate	SI	NO
Tbc	SI	NO	Tumore	SI	NO	Altro _____	SI	NO
Otite	SI	NO	Epilessia	SI	NO			

Malattie di cuore	SI	NO	Traumi oculari	SI	NO	Busti correttivi	SI	NO
Malform. congenita	SI	NO	Problemi oculari	SI	NO	Ginnastica correttiva	SI	NO
Problemi cardiaci	SI	NO	Ipoacusia	SI	NO	Rialzo al piede	SI	NO
Aritmia	SI	NO	Sordità	SI	NO	Plantare	SI	NO
Extrasistoli	SI	NO				Scarpe ortopediche	SI	NO
Soffio	SI	NO	Trauma cranico	SI	NO	Protesi	SI	NO
Malform. valvolari	SI	NO	Fratture	SI	NO	Altro _____	SI	NO
Miocardite	SI	NO	Distorsioni	SI	NO			
Pericardite	SI	NO	Stiramenti muscolari	SI	NO			
			Strappi muscolari	SI	NO			
			Altro _____	SI	NO			

Interventi chirurgici

Tonsille	SI	NO	a _____	anni	Adenoidi	SI	NO	a _____	anni
Ernia	SI	NO	a _____	anni	Appendice	SI	NO	a _____	anni

Altri interventi _____

Altre notizie particolari

_____

_____

Esami specialistici eseguiti

_____

_____

In passato è stato sottoposto a visita medica di idoneità agonistica presso altre strutture? SI NO quando _____

È stato dichiarato: IDONEO NON IDONEO: per quali motivi _____

SOSPESO: per quanto tempo _____ per quali motivi _____

Anamnesi cardiologica

È mai svenuto a riposo, durante o subito dopo uno sforzo fisico? SI NO

Ha mai avuto la sensazione di battito mancante? SI NO

Quando compie uno sforzo fisico (corsa, scale):
accusa o ha accusato mancanza di respiro? SI NO
senso di costrizione tipo sbarra al centro del torace? SI NO

Ha mai accusato episodi d'improvvisa accelerazione del battito cardiaco con altrettanto improvviso ritorno alla normalità? SI NO

È mai stato sospeso dall'attività agonistica in precedenti visite per motivi cardiologici? SI NO

È mai stato sottoposto a ulteriori accertamenti cardiologici? SI NO

Quali? _____

Promemoria per l'atleta e consenso informato agli accertamenti

Il questionario è strettamente personale e va compilato dall'atleta se maggiorenne, dal genitore se minorenne. La casella di scelta SI NO dovrà essere sempre barrata.
Al momento della visita l'atleta dovrà presentarsi munito di: documento di riconoscimento, eventuale documentazione sanitaria (esami del sangue, lettere di dimissione ospedaliere, esiti di visite specialistiche, etc.), tessera sanitaria.
Prima della visita è consigliabile non fumare, non bere alcolici, non aver mangiato abbondantemente ed è inoltre buona norma arrivare in ottime condizioni di pulizia personale.

Informato sulle modalità di esecuzione, acconsento a sottopormi agli accertamenti previsti dal DPR 18/02/1982 per il rilascio del certificato di idoneità sportiva agonistica.
Il sottoscritto (oppure il genitore se l'atleta è minore di anni 18) dichiara sotto la propria responsabilità che le notizie fornite nel questionario sono complete e veritiere.

Delega un rappresentante della società al ritiro di copia del certificato? SI NO

Firma

_____

Dell'atleta se maggiorenne o di un genitore per i minorenni

Dichiarazione del consenso al trattamento dati ex art. 23 del D.Lgs.196/03
Dichiara altresì di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 della D.Lgs. 196/03, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che potrà esercitare in qualsiasi momento i diritti previsti dall'art. 7 del Codice.

Luogo, data _____

Firma

_____

REGIONE DEL VENETO
ULSS2
MARCA TREVIGIANA

DISTRETTO TREVISO
U.O.C. Medicina dello Sport e dell'Esercizio Fisico

INFORMATIVA VISITA MEDICA DI IDONEITÀ SPORTIVA AGONISTICA

- L'utente deve verificare di aver raggiunto l'età minima prevista dalla propria federazione per l'inizio dell'attività sportiva agonistica. In caso contrario sarà tenuto al pagamento del ticket.
- Gli atleti di età inferiore ai 18 anni dovranno essere accompagnati da un genitore o da persona adulta munita di delega del genitore.

IL GIORNO DELL'APPUNTAMENTO:

- L'atleta deve presentarsi presso il Servizio di Medicina dello Sport situato nel Dipartimento di Prevenzione, presso "la Madonnina", via Castellana 2, Treviso.
- Dotarsi di ABBIGLIAMENTO PRATICO (pantaloncini corti, scarpe ginniche, top o canottiera di cotone per le atlete).
- Non mangiare in modo abbondante ma non digiunare; evitare sforzi fisici particolarmente intensi nelle ore precedenti la visita.
- Si raccomanda di arrivare almeno 10 minuti prima dell'orario dell'appuntamento. Per ragioni organizzative in caso di ritardo superiore a 10 minuti dall'orario dell'appuntamento, la visita non sarà eseguita.

DOCUMENTAZIONE DA PORTARE:

- richiesta di visita di idoneità della Società Sportiva di appartenenza
- tessera sanitaria e codice fiscale;
- documento di riconoscimento valido;
- scheda anamnesi COMPILATA e FIRMATA dall'atleta o da un genitore per gli atleti minorenni (la scheda è scaricabile dal sito internet dell' Azienda ULSS 9 Treviso cliccando su Modulistica – Sport – Scheda anamnesi idoneità sportiva 1^ visita per chi non ha mai eseguito una visita di idoneità presso la Medicina dello Sport dell'ULSS 9 oppure Modulistica – Sport – Scheda anamnesi visite successive per gli atleti già visitati presso la Medicina dello Sport dell'ULSS 9.
- provetta con l'urina raccolta al mattino;
- eventuale documentazione sanitaria relativa ad accertamenti precedenti (es. di laboratorio, radiografie, esiti di visite specialistiche, lettere di dimissioni ospedaliere, ecc.).

N.B. QUALORA LE SOPRACITATE INDICAZIONI NON VENISSERO RISPETTATE LA VISITA NON SARÀ ESEGUITA

TARIFFARIO

Per gli atleti minorenni muniti di richiesta della società e per i diversamente abili, considerati agonisti dalle Federazioni o Enti di Promozione Sportiva la prestazione è esente ticket con onere a carico del Servizio Sanitario Regionale.
Per gli atleti maggiorenni è previsto il pagamento secondo tariffario regionale: Sport di TABELLA A: € 29,00; Sport di TABELLA B: € 62,00 dai 18 ai 34 anni; € 102,00 dai 35 anni in poi. Il pagamento dei ticket sanitari può essere effettuato mediante una riscuotitrice automatica presente presso la struttura o presso gli sportelli della Veneto Banca o tramite bollettino postale sul C/C n° 11208311 intestato ad Azienda ULSS 9 Treviso – Dipartimento di Prevenzione – Servizio Tesoreria con causale "ticket sanitario medicina dello sport".

CONTATTI

Dipartimento di Prevenzione – Servizio di Medicina dello Sport – ULSS 9 – Treviso - telefono 0422-323872 (dal lunedì al venerdì dalle 8.15 alle 12 e il lunedì e mercoledì dalle 14 alle 16); fax 0422-323779 - e-mail: segmedsporttv@ulss.tv.it. La segreteria è aperta al pubblico per ritiro certificati/vidime amministrative, consegna referti dal lunedì al venerdì dalle ore 12 alle ore 13 e lunedì e mercoledì dalle ore 16 alle ore 17.

Per fissare appuntamenti o per disdette telefonare al numero 0422 1912900 In caso di mancata disdetta entro le 24 ore precedenti la data dell'appuntamento (esclusi sabato, domenica e festivi) l'utente è tenuto al pagamento della prestazione anche se esente.