

RICHIESTA VISITA MEDICA SPORTIVA

L'ATLETA: Cognome..... Nome.....
Nato a il
Residente in Prov. C.A.P. Via
..... N° Telefono

Documento d'identità: Tipo.....N.....

CHIEDE Visita Medico Sportiva per rilascio certificato (segnare con una "X"):

- Idoneità pratica sportiva agonistica;**
 Idoneità pratica sportiva NON agonistica;
 Idoneità pratica di attività ludico-motoria;
 Idoneità pratica di attività sportiva di particolare ed elevato impegno cardiovascolare (Art4 DM 24 Apr. 2013)
 Idoneità pratica sportiva agonistica per la partecipazione a concorso (Ministero difesa / Concorso accademia militare /arruolamento / ecc.)

PRATICA SPORTIVA

SEZIONE A CURA DELLA SOCIETA' SPORTIVA (Da compilarsi per richiesta certificato idoneità sportiva agonistica in convenzione con il S.S.R.)

LA SOCIETA' SPORTIVA

Sede Sociale: Via..... N°.....

Città.....C.A.P.....

Telefono.....Fax.....

Codice Fiscale o Partita IVA della Società Sportiva

Codice Affiliazione Federale.....

Richiede che l'atleta, di cui sopra, venga sottoposto a visita di idoneità sportiva.

TIMBRO E FIRMA DEL RESPONSABILE

AUTODICHIARAZIONE

Il sottoscritto (esercente la patria potestà sul minore) dà il consenso alla effettuazione dei relativi accertamenti di idoneità.

FIRMA DELL'ATLETA (o del genitore in caso di utente minorenni)

ATTO DI CONSENSO INFORMATO

(SEZIONE DA COMPILARSI PER CERTIFICATO DI IDONEITA' DI TIPO AGONISTICO)

Il sottoscritto(cognome e nome dell'atleta) richiede di essere sottoposto ad esame strumentale per valutazione cardiaca mediante test ergometrico al cicloergometro e/o STEP-TEST. Dichiaro di essere a conoscenza che tale test, in caso di rischio anche minimo, verrà immediatamente sospeso dall'equipe medica come pure potrà essere sospeso in ogni momento su richiesta del soggetto visitato, considerando eseguito ai fini amministrativi l'esame. Dichiaro altresì di aver correttamente informato l'equipe visitante delle condizioni di salute, delle malattie pregresse e dei farmaci assunti, nonché dichiaro di non aver posto in essere comportamenti tali da rendere pericoloso tale esame quali ad esempio l'assunzione di sostanze attive in grado di falsare la normale risposta fisiologica allo stress.

FIRMA DELL'ATLETA (o del genitore in caso di utente minorenni)

..... Data.....

DICHIARAZIONE DEL MEDICO INCARICATO DELL'INFORMATIVA AL PAZIENTE.

Io sottoscritto Dott. confermo e attesto, in modo contestuale alla sottoscrizione della persona consenziente, che la stessa, a mio avviso, ha interamente compreso tutto quanto sopra esposto, punto per punto.

FIRMA DEL MEDICO Data.....

REVOCA DEL CONSENSO

Il/la sottoscritto/a nato/a il

_____/_____/_____

REVOCO il consenso all'effettuazione dell'atto sanitario su indicato

Data, _____

Firma del paziente / genitore / tutore / amministratore di sostegno / legale rappresentante _____

Firma del medico responsabile _____

Anamnesi sportiva

Sport praticato

Da quanto tempo

Allenamenti a settimana..... Durata in ore.....

Quando pratici sport, hai mai accusato:

disturbi improvvisi: si no dolori toracici: si no svenimenti: si no grande stanchezza: si no Hai già eseguito visite per il rilascio del certificato di idoneità sportiva? si no Nel caso di risposta affermativa alla domanda precedente, a fronte della visita il medico visitante ha mai rifiutato di emettere il certificato di idoneità sportiva? si no

In caso affermativo, indicare la ragione?

Hai mai eseguito ulteriori accertamenti successivi alle visite si no

In caso affermativo quali

AUTODICHIARAZIONE ex. D.M.18/02/82:

Io sottoscritto dichiaro di aver informato esattamente il medico delle mie attuali condizioni psicofisiche, delle affezioni precedenti e di non essere mai stato dichiarato non idoneo in precedenti visite sportive di legge. Dichiaro inoltre di non aver iniziato presso altra struttura nel passato visita per l'ottenimento di idoneità sportiva senza poi portarla a termine a fronte di richiesta da parte dello specialista di ulteriori accertamenti medici. Inoltre mi impegno a non far uso di droghe riconosciute illegali e do atto di essere informato dei pericoli derivanti dal fumo di tabacco e dall'uso dell'alcool.

Esprimo inoltre, ai sensi della attuale legge sulla privacy, il consenso a trattare i miei dati, personali e sensibili, per le finalità connesse alla mia richiesta di idoneità alla pratica sportiva, secondo le modalità e per le procedure previste dalle leggi sulla tutela sanitaria delle attività sportive.

FIRMA DELL'ATLETA (o del genitore in caso di utente minorenne)

.....

Data.....

ESAME OBIETTIVO
(SPAZIO A CURA DEL MEDICO DELLO SPORT)

Trofismo..... peso Kg. Statura cm.

Apparato locomotore

.....

Torace e apparato respiratorio

.....

.....

Apparato cardiocircolatorio

..... P.A. a riposo /

.....

Polsi periferici

Addome e organi genitali

.....

.....

Arti

.....

.....

Acuità visiva: naturale OD/10 OS/10

corretta OD/10 OS/10

Senso cromatico:

Conclusioni apparato visivo:

Udito:

Conclusioni esame obiettivo:

.....

.....

.....

Firma del medico Visitatore