



Regione Lombardia

Direzione Generale Sanità
U.O. Prevenzione

A.T.S. Città Metropolitana

**RICHIESTA VISITA MEDICO-SPORTIVA
PER L'IDONEITA' ALLA PRATICA AGONISTICA
(D.M. 18/2/1982)**

Data _____

LA SOCIETA' SPORTIVA **A.S.D. Bushido Karate**

Sede in: **XX Settembre, 13**

Città **Cornegliano Laudense**

Telefono/FAX _____

E-mail: _____

Affiliata alla Federazione Sportiva Nazionale: **FIJLKAM**

E/o all'Ente di Promozione Sportiva Riconosciuto: _____

dal **28 - 01 - 2004**

con codice n. **03MI1248**

Chiede per il proprio atleta:

COGNOME.....NOME.....

Nato a il

Abitante a C.A.P.

Via/Piazza..... N°

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

Prima affiliazione

Rinnovo

(allegare ultimo certificato in originale in possesso dell'atleta)

Tessera sanitaria n.

Codice Fiscale n.

Firma del Presidente e
Timbro della Società

ASD BUSHIDO KARATE

VIA XX SETTEMBRE N.13

26834 CORNEGLIANO LAUDENSE (LO)

C.F. 03150580961

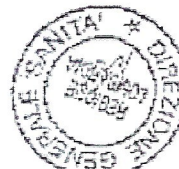
*N.B.: La mancata o l'errata compilazione di uno dei dati richiesti o/o la mancata presentazione dell'ultimo certificato rende **NULLA** la richiesta.*

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.



**MEDICAL
SPORT CENTER
LODI**

Idoneo ai sensi del DPGR N° 513 del 19/04/86

VIA EMILIA SS.9 KM. 298.500
26900 LODI
TEL E FAX 0371/432348
E.mail medicalcenterlodi@libero.it
www.medicalsportlodi@libero.com

Al momento della visita medico sportiva l'atleta deve presentarsi con:

- 1) Documento d'identità personale
- 2) Richiesta della visita medico sportiva timbrata e firmata
- 3) Tessera sanitaria
- 4) Foglio della precedente visita agonistica (giallo) se si tratta di un rinnovo.
- 5) Eventuale documentazione medica in possesso dell'atleta (**IN PARTICOLARE RELATIVA AD ACCERTAMENTI CARDIOLOGICI**) riguardante problemi di salute o malattia, precedenti e/o in corso, ed eventuali danni riportati.
- 6) E'consigliabile che l'atleta indossi una tenuta comoda .

N.B. SI PREGA DI COMPILARE IN OGNI PARTE E CON LA MASSIMA ATTENZIONE PERCHE' TALE DOCUMENTO HA VALIDITA' MEDICO LEGALE.

Scheda di raccolta anamnestica dell'atleta

VIVENTE APPARENTEMENTE
IN BUONA SALUTE

DECEDUTO CAUSA

PADRE	<input type="checkbox"/>	
MADRE	<input type="checkbox"/>	
FRATELLO	<input type="checkbox"/>	
SORELLA	<input type="checkbox"/>	

CASI DI MORTE IMPROVVISA IN FAMIGLIA (fratelli, sorelle, genitori, zii, nonni)

SI NO

EVENTUALI MALATTIE NELLA FAMIGLIA

MALATTIE CARDIACHE INFARTO ETC.	dei nonni <input type="checkbox"/>	Genitori <input type="checkbox"/>	sorelle <input type="checkbox"/>	Fratelli <input type="checkbox"/>
IPERTENSIONE	dei nonni <input type="checkbox"/>	Genitori <input type="checkbox"/>	sorelle <input type="checkbox"/>	Fratelli <input type="checkbox"/>
DIABETE	dei nonni <input type="checkbox"/>	Genitori <input type="checkbox"/>	sorelle <input type="checkbox"/>	Fratelli <input type="checkbox"/>
PROBLEMI DI TIPO NEUROLOGICO	dei nonni <input type="checkbox"/>	Genitori <input type="checkbox"/>	sorelle <input type="checkbox"/>	Fratelli <input type="checkbox"/>
TUMORI	dei nonni <input type="checkbox"/>	Genitori <input type="checkbox"/>	sorelle <input type="checkbox"/>	Fratelli <input type="checkbox"/>
ALTRO	dei nonni <input type="checkbox"/>	Genitori <input type="checkbox"/>	sorelle <input type="checkbox"/>	Fratelli <input type="checkbox"/>

ANAMNESI PERSONALE DELL'ATLETA

COGNOME E NOME.....

NATO DI PARTO normale SI NO Se no quale?.....

SOLO PER LE FEMMINE MENARCA (data prima mestruazione) ETA'.....

ULTIMA MESTRUAZIONE..... REGOLARI SI NO

ASSUNZIONE ANTICONCEZIONALI SI NO

E' MAI STATO DICHIARATO NON IDONEO NO SI

CAUSA.....

E' mai stato sottoposto a ulteriori esami specifici nelle precedenti visite o durante la propria vita?
(eco, visita cardiologica, holter, test ergometrico, altri accertamenti) NO SI

CAUSA.....

SVENIMENTI O MALESSERI COLLEGATI ALLO SFORZO FISICO NO SI

PATOLOGIE

- Cardiache (di cuore) SI NO Se si quali?.....
- Ipertensione SI NO Se si quali?.....
- Respiratorie SI NO Se si quali?.....
- Apparato digerente (stomaco, fegato, intestino) SI NO Se si quali?.....
- Malattie reumatiche SI NO Se si quali?.....
- Malattie renali SI NO Se si quali?.....
- Malattie ortopediche SI NO Se si quali?.....
- Malattie neurologiche (Epilessia, paresi, altro) SI NO Se si quali?.....
- Allergie SI NO Se si quali?.....
- Altre malattie SI NO Se si quali?.....

• **INTERVENTI CHIRURGICI**

Tonsille Adenoidi Appendice Ernia inguinale

Altre quali?.....

• **INFORTUNI**

Fratture SI NO Distorsioni SI NO Lussazioni SI NO Traumi cranici SI NO

Altri quali?.....

NOTE

- FUMO NO SI EX FUMATORE da quando.....
- VINO/BIRRA/SUPERALCOLICI NO SI SE SI' QUANTO.....
- CAFFE' NO SI SE SI' QUANTI AL GIORNO.....
- FARMACI NO SI SE SI' QUALI

Eventuali informazioni.....

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, di avere in corso sospensioni o di essere in attesa di giudizio da parte di altro centro. Inoltre mi impegno a non fare uso di droghe riconosciute illegali e do atto di essere informato sui pericoli derivanti dall'uso di fumo di tabacco, di sostanze dopanti e dell'abuso di alcool.

Dichiaro altresì di essere consenziente ad eventuali controlli antidoping disposti dalla legislazione vigente.

Firma del dichiarante (o del tutore se minorenne)

INFORMATIVA AI SENSI DELL'EX ART. 13 DEL D.LGS.196/03 PER IL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI

1. Per dati personali si intendono, ai sensi della presente informativa:
 - Quelli sanitari che avremo occasione di rilevare nell'espletamento delle nostre prestazioni mediche a suo favore,
 - Quelli sanitari necessari per la valutazione di cui ai Decreti Ministeriali 18.02.1982 e 04.03.1993;
 - Quelli spontaneamente da lei forniti.
2. I dati vengono da noi raccolti con l'esclusiva finalità di effettuare quanto previsto dai decreti sopra richiamati e della Legge Regionale 66/1981.
3. I dati verranno riportati su "Schede di valutazione Medico Sportiva" che verranno da noi mantenuti e protetti con modalità idonee (secondo le modalità previste dagli art. 31 e seguenti del D.Lgs.196/03)
4. I dati verranno comunicati:
 - Senza diagnosi clinica alla Società Sportiva e alla Federazione o Ente di Promozione Sportiva di riferimento;
 - In chiaro, alla Asl competente per territorio;
 - In forma anonima, alla U.O. Prevenzione della Direzione Generale Sanità per gli adempimenti di cui alle normative sopra citate.
5. Richiamiamo integralmente, ai sensi dell'art.7 del D.Lgs, i Suoi diritti in ordine del trattamento dei dati personali.
6. Le segnaliamo che il Titolare del trattamento ad ogni effetto di legge è il Centro di Medicina dello Sport, Medical Sport Center in persona del Direttore Sanitario (o Legale Rappresentante) e che il Responsabile del trattamento è il dr. P.G. Marinone Responsabile del centro.
7. Nel caso in cui tale consenso non venga esercitato non sarà possibile redigere il certificato di cui ai decreti sopra richiamati e di conseguenza non sarà possibile da parte della Commissione Regionale d'Appello prendere in esame il caso per carenza di documentazione.

Consenso ai sensi dell'art. 23 D.Lgs.196/03

N.B. Se minore compilare con i dati del genitore

Apponendo la firma in calce al presente modulo, manifesto il mio consenso al trattamento dei dati, nell'ambito delle finalità e modalità di cui sopra, e nei limiti in cui il mio consenso fosse richiesto ai sensi di legge.

In particolare manifesto il mio consenso espresso per:

- L'acquisizione dei dati di cui al punto 1
- La comunicazione dei dati a terzi ai sensi del precedente punto 4.

Nome e Cognome _____ nato a _____

il _____ cod. fisc. _____

Firma leggibile dell'interessato/a o del tutore se minore

Lodi, il _____

CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DI TEST DA SFORZO PER IL CONSEGUIMENTO DEL CERTIFICATO DI IDONEITA'

Il test da sforzo è effettuato per acquisire informazioni elettrocardiografiche necessarie per esprimere il giudizio di idoneità all'attività sportiva agonistica /non agonistica o per procedere alla richiesta di ulteriori accertamenti. Durante il test viene provocato normalmente un aumento anche importante del numero dei battiti cardiaci ed un aumento della pressione arteriosa; pertanto il test può esporre l'interessato, se affetto da patologie cardio-respiratorie, a complicanze anche gravi.

Il test può essere non effettuato o interrotto a giudizio del medico o a richiesta esplicita del Paziente. E' molto importante che l'interessato comunichi ogni eventuale sintomo al medico.

Il/la sottoscritto/a..... (specificare se atleta, genitore)

Dichiara

di aver letto e compreso quanto sopra esposto e che il Dott..... ha risposto in modo chiaro e comprensibile ad ogni quesito relativo all'indagine diagnostica, dichiara inoltre che le informazioni rilasciate al medico in data odierna corrispondono a verità e che non è stata omessa alcuna informazione sullo stato di salute.

ACCETTA PERTANTO DI SOTTOPORSI A TEST DA SFORZO.

Firma del medico

Firma del genitore o dell'atleta
