



ASD GINNASTICA RITMICA VALLEAGNO  
Via Mons. Barbieri,3 - 36078 Valdagno (VI)  
CF/P.IVA 04234460246 - Tel. 0445414011  
<https://ritmica.asdvalleagno.it/> - pec: [ritmicavalleagno@pec.it](mailto:ritmicavalleagno@pec.it)

## VISITA MEDICA SPORTIVA – AZIENDA ULSS N.8 BERICA

Dopo il 1° luglio 2021 l'unica modalità accettata per le prenotazioni presso la Medicina Sportiva di Valdagno è la **sola modalità on-line**.

**COME:** Si può programmare la prenotazione dall'8 maggio 2021 per tutti gli atleti (genitore se l'atleta è minorenni) con scadenza di idoneità a partire dal 1 luglio 2021 attraverso il link riservato

<http://www.aulss8.veneto.it/sam/ipsa-prenotazione.php>

**QUANDO?** Il sistema di prenotazione on-line permette la programmazione della visita con tempi medi a 60 giorni alla data di scadenza del certificato già in possesso (rinnovo) anche agli atleti che richiedono la visita per la prima volta (1° visita).

**CHI PRENOTA?** La prenotazione dovrà essere eseguita da un genitore o dall'atleta stesso se maggiore di 18 anni. Al termine della procedura sarà possibile scaricare i moduli necessari per accedere al Servizio il giorno della visita. **Troverete tali documenti di seguito.**

**CANCELLAZIONE?** La cancellazione è possibile solo fino a due giorni prima della data della visita, il mancato annullamento comporta l'addebito della prestazione <https://www.aulss8.veneto.it/sam/ipsa-cancellazione.php>

**INFO:** Per comunicazioni urgenti si prega di inviare al seguente indirizzo e-mail [medsportiva.sandrigo@aulss8.veneto.it](mailto:medsportiva.sandrigo@aulss8.veneto.it) o telefonando allo 0444 756467 dal lunedì al venerdì dalle ore 8:30 alle ore 10:00.

Per altre informazioni contattare la medicina sportiva di Valdagno al numero 0445 423165.

## INDICAZIONI PER IL GIORNO DELLA VISITA

L'atleta, non a digiuno, dovrà presentarsi alla visita su **appuntamento** munito di:

- Documento d'Identità dell'atleta in corso di validità
- Tessera Sanitaria e Tessera delle Vaccinazioni dell'atleta
- Foglio Anamnestico (allegato B) e modulo TRIAGE COVID-19 (allegato C) compilati e firmati
- Campione urine raccolto al mattino. Il giorno antecedente alla visita si consiglia di non praticare una intensa attività motoria. Bere almeno due bicchieri di acqua prima di giungere della visita
- Referti sanitari (se in possesso)

Si ricorda che:

1. **ATLETA MINORENNE** - nel rispetto delle norme medico-legali, il minorenni dovrà essere accompagnato da un genitore o da persona esercente la patria potestà.
2. **MALATTIA/TERAPIA** - se l'atleta fosse in convalescenza per malattia o in terapia farmacologica si prega di contattare telefonicamente il numero del Servizio, reperibile nel sito web dell'Az. Ulss 8 Berica sezione UOSD Servizio Attività Motoria)
3. **ABBIGLIAMENTO** - il giorno della visita, l'atleta dovrà indossare calzoncini corti, maglia maniche corte e calzini.
4. **DISDETTA** - da disposizioni regionali (DRG 600/2007), il mancato annullamento della visita comporta l'addebito della prestazione. La disdetta dovrà avvenire entro 48 ore precedenti la data fissata
5. **ANNULLAMENTO VISITE** - È possibile cancellare la prenotazione fino a due giorni prima della data della visita tramite il seguente link: <https://www.aulss8.veneto.it/sam/ipsa-cancellazione.php>
6. **DOCUMENTAZIONE** - il giorno della visita è necessario consegnare al personale la **Richiesta per Visita Medica** (allegato A), il **Foglio Anamnestico** (allegato B) e il modulo **TRIAGE COVID-19** (allegato C)

## Richiesta per Visita Medica (Allegato A)

Il sottoscritto PRESIDENTE della Società Sportiva MENTI LORIS

Affiliata:  Federazione Sportiva Nazionale

Ente di promozione sportiva riconosciuto dal CONI

Codice di affiliazione n° : 04234460246

chiede la visita medica di idoneità agonistica per lo Sport GINNASTICA

di cui la **Specialità/Disciplina** RITMICA

nonché tutti gli accertamenti previsti dal DM. 18/02/1982 per l'ATLETA sottoelencato:

Cognome Nome	Data di nascita	Comune di residenza	Prima visita	Scadenza certificato	N° ticket di prenotazione e data di visita

**Obbligatorio riportare:**

Indirizzo e-mail società sportiva ritmica@asdvalleagno.it

Numero recapito telefonico e fax società sportiva 0445 414011

Data

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

IL PRESIDENTE *[Firma]*  
ASSOCIAZIONE SPORTIVA RITMICA  
**GINNASTICA RITMICA VALLEAGNO**  
Via Carducci n. 3 - Tel./Fax 0445.414011  
36078 VALDAGNO (VI)  
P.I. e C.F.: 04234460246

## FOGLIO ANAMNESTICO (Allegato B)

COGNOME E NOME DELL'ATLETA ..... NATO IL .....

## Notizie riguardanti la FAMIGLIA dell'atleta (genitori, fratelli, sorelle, nonni, zii)

Segnare **SI** se è presente la malattia di cui un familiare soffre/ha sofferto; segnare **NO** se non presente

Malattia di cuore si no .....

(Infarto, Angina, Aritmie, Cardiomiopatia, Valvulopatia, ...)

Ipertensione si no .....

(Ictus Cerebrale, TIA, ...)

Vasculopatie si no .....

(Emorragie cerebrali, Varici, ...)

Diabete si no .....

Malattie della Tiroide si no .....

Asma/allergie si no .....

Malattie Tumorali si no .....

Morte Improvvisa prima dei 40 aa per cardiopatia

si no .....

Altre malattie non elencate .....

## Notizie riguardanti l'ATLETA

Segnare **SI** se è presente la malattia di cui l'ATLETA soffre/ha sofferto; segnare **NO** se non presente

Malattie dell'Infanzia si no

Lussazione anca si no

Scoliosi/dorso curvo si no

Piede piatto/cavo si no

Scapole alate si no

Bronco/polmonite si no

Pleurite/TBC si no

Febbre reumatica si no

Malattie di cuore si no

Malattie renali si no

Diabete si no

Malattie tiroidee si no

Enuresi (urina a letto) si no

Trauma cranico si no

Traumi sportivi/Fratture si no

Epatite virale si no

Malattie intestinali si no

Altro .....

Otite/sinusite/tonsillite si no

Asma/allergia/eczema si no

Hai mai avuto perdita dei sensi (svenimento o sincope)?	Durante sforzo fisico	si no
	Dopo sforzo fisico	si no
	Non correlato allo sforzo fisico	si no
Hai mai avuto dolore al torace o senso di costrizione/pressione al torace?	Durante sforzo fisico	si no
	Dopo sforzo fisico	si no
	Non correlato allo sforzo fisico	si no
Hai mai avuto capogiri o vertigini?	Durante sforzo fisico	si no
	Dopo sforzo fisico	si no
	Non correlato allo sforzo fisico	si no
Hai mai avuto difficoltà respiratoria, fischi o tosse?	Durante sforzo fisico	si no
	Dopo sforzo fisico	si no
	Non correlato allo sforzo fisico	si no
Hai mai avuto palpitazioni, cardiopalmo o battito irregolare?	Durante sforzo fisico	si no
	Non correlato allo sforzo fisico	si no

## Ricoveri per INTERVENTO CHIRURGICO

Tonsille/Adenoidi si no

Appendicite si no

Ortopedico si no

Ernia si no

Varicocele/Fimosi si no

Altro.....

Tipo/decorso/cure/esiti sulla malattia sopracitata .....

L'ATLETA è guarito completamente si no disturbi rimasti.....

L'ATLETA sta assumendo terapia attualmente si no .....

L'ATLETA usa occhiali si no lenti corneali/notturne si no per:

Miopia si no Astigmatismo si no Ipermetropia si no Strabismo si no

L'ATLETA usa/usava Busti Correttivi si no Rialzo/ortesi plantare si no Ginnastica Posturale si no

Il sottoscritto ..... genitore di ..... dichiara sotto la propria responsabilità che le notizie fornite nel questionario sono complete e veritiere e consente all'uso dei dati personali secondo l'Art. n.23 D. Lgs 196/03.

DATA

FIRMA

**TRIAGE COVID-19 (Allegato C)**

Al fine di prevenire la diffusione delle infezioni COVID, Le chiediamo di rispondere alle seguenti domande (aggiungendo una X corrispondente alla Sua risposta).

Cognome	Nome	Data prestazione
---------	------	------------------

	SI	NO
1 - Nelle ultime 3 settimane l'atleta ha manifestato sintomi riferibili ad infezione da Covid-19 tipo temperatura corporea uguale o maggiore a 37,5°C, tosse, difficoltà respiratoria, astenia, mialgie, congiuntivite, diarrea, alterazioni del gusto (ageusia, disgeusia) e dell'olfatto (anosmia)		
2 - Nelle ultime 3 settimane l'atleta ha avuto contatti con soggetti risultati positivi al virus Covid-19?		
3 - L'atleta è stato sottoposto al tampone/test sierologico per Covid-19?		
4 - È stata riscontrata positività al tampone/test sierologico per Covid-19 nel nucleo familiare dell'atleta?		

## NOTE

In caso di risposta affermativa anche ad una sola domanda si prega di inviare la comunicazione quanto prima al seguente indirizzo email: [medsportiva.sandrigo@aulss8.veneto.it](mailto:medsportiva.sandrigo@aulss8.veneto.it) o contattare telefonicamente allo 0444 756467 dal lunedì al venerdì dalle ore 8:30 alle ore 10:30.

La ringraziamo per la collaborazione.