

INDICAZIONI PER IL GIORNO DELLA VISITA

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

1. **Documento d'Identità dell'atleta** in corso di validità
2. **Tessera Sanitaria e Tessera delle Vaccinazioni** dell'atleta
3. **Foglio Anamnestico (allegato B) e modulo TRIAGE COVID-19 (allegato C) COMPILATI** e firmati
4. **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
5. **Referti sanitari** (se in possesso e/o se richiesti).
6. Per gli **atleti con più di 35 anni** (sia **Tabella A** che **Tabella B**): portare in visione **esami ematochimici non più vecchi di 6 mesi** che comprendano almeno: emocromo, profilo lipidico (Col tot, Col LDL, Col HDL, TG), funzionalità renale (creatinina, eGFR), glicemia.

Si ricorda che:

1. **ATLETA MINORENNE** - nel rispetto delle norme medico-legali, il minorenne dovrà essere accompagnato da un genitore o da persona esercente la patria potestà in possesso di delega e copia dei documenti di soggetto delegato e delegante.
2. **MALATTIA/TERAPIA** - se l'atleta fosse in convalescenza per malattia o in terapia farmacologica si prega di contattare telefonicamente il numero del Servizio, recepibile nel sito web dell'Az. Ulss 8 Berica, sezione UOSD Servizio Attività Motoria)
3. **ABBIGLIAMENTO** - il giorno della visita, l'atleta, se possibile, dovrà indossare calzoncini corti, maglia maniche corte e calzini e scarpe da ginnastica.
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

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 o dal DM. 04/03/1993 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
09/03/2023

IL PRESIDENTE (Firma e Timbro)

Servizio Sanitario Nazionale - Regione Veneto
AZIENDA ULSS N. 8 BERICA

Viale F. Rodolfi n. 37 – 36100 VICENZA

COD. REGIONE 050-COD. U.L.SS.508 COD.FISC. E P.IVA 02441500242–Cod. iPA AUV
 Tel. 0444 753111 - Fax 0444 753809

Mail protocollo@aulss8.veneto.it PEC protocollo.centrale.aulss8@pecveneto.it
www.aulss8.veneto.it

FOGLIO ANAMNESTICO (Allegato B)

COGNOME e NOME dell'ATLETA **NATO IL**/...../.....

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

Segnare "X" su SI + INDICARE CHI (familiare che soffre/ha sofferto di quella malattia) oppure su NO (nessun familiare con quella malattia)

MALATTIA	Sì	NO	Chi?	MALATTIA	Sì	NO	Chi?
Malattia di cuore (Infarto, Angina, Aritmie, Cardiomiopatia, Valvulopatia, etc.)				Morte Improvvisa (in particolare prima dei 40 aa)			
Ipertensione				Ictus cerebrale e/o vasculopatie			
Diabete				Asma/allergie			
Dislipidemia (ex. Colesterolo alto)				Malattie della tiroide			
Altro (Ex. Tumori, Malattie genetiche, etc.)							

2) Notizie riguardanti l'ATLETA

Segnare con "X" su SI se è presente la malattia di cui l'ATLETA soffre/ha sofferto, oppure su NO se non presente

Malattie dell'Infanzia	si no	Bronco/polmonite	si no	Scapole alate	si no
Enuresi (urina a letto)	si no	Pleurite/TBC	si no	Lussazione anca	si no
Asma/allergia/eczema	si no	Otite/sinusite/tonsillite	si no	Piede piatto/cavo	si no
Malattie di cuore	si no	Epatite virale	si no	Trauma cranico	si no
Diabete	si no	Malattie renali	si no	Traumi sportivi/Fratture	si no
Dislipidemia (ex. colesterolo alto)	si no	Febbre reumatica	si no	Scoliosi/dorso curvo	si no
Ipertensione	si no	Malattie della tiroide	si no		

L'Atleta si è mai sottoposto ad **INTERVENTO CHIRURGICO?** (Segnare con "X") **SI ... /NO ...**

Se **sì**, **QUALE/I?**

L'Atleta assume **FARMACI/INTEGRATORI?** (Segnare con "X") **SI ... /NO ...**

Se **sì**, **QUALE/I?**

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

DATA

FIRMA

Servizio Sanitario Nazionale - Regione Veneto
AZIENDA ULSS N. 8 BERICA

Viale F. Rodolfi n. 37 – 36100 VICENZA
 COD. REGIONE 050-COD. U.L.SS.508 COD.FISC. E P.IVA 02441500242–Cod. iPA AUV
 Tel. 0444 753111 - Fax 0444 753809
 Mail protocollo@aulss8.veneto.it PEC protocollo.centrale.ulss8@pecveneto.it
www.ulss8.veneto.it

-L'Atleta utilizza... **BUSTO/PLANTARI/GINNASTICA CORRETTIVA?** (Segnare con "X") SI ... /NO ...

Se sì, per quale motivo (ex. scoliosi, etc.)?

OCCIALI/LENTI A CONTATTO? (Segnare con "X") SI ... /NO ...

Se sì, per (ex. miopia, astigmatismo, etc.)?

-L'Atleta è un **FUMATORE?** (Segnare con "X") SI (n° sigarette al giorno:) /NO / **EX-FUMATORE**

L'Atleta:

Hai mai avuto perdita dei sensi (svenimento o sinope)?	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
	Dopo sforzo fisico	si no
	Non correlato allo sforzo fisico	si no

-L'Atleta è **SEMPRE RISULTATO IDONEO ALLE VISITE MEDICO-SPORTIVE?** (Segnare con "X") SI ... /NO ...

-L'Atleta ha mai effettuato **ACCERTAMENTI CARDIOLOGICI (ecografia, ECG-Holter, etc.)?** (Segnare con "X") SI ... /NO ...

Se sì, quale/i ACCERTAMENTO/I ha dovuto eseguire e QUANDO?1).....

2).....

3).....

Altro.....

-**Solo** per le **ATLETE** (Segnare con "X"):

- Menarca: SI ... (età:anni) /NO ...
- Ciclo regolare: SI ... /NO ...
- Data ultime mestruazioni:/..../.....

Il sottoscrittogenitore di..... dichiara sotto la propria responsabilità che le notizie fornite nel questionario sono complete e veritieri 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.

Cognome (dell'Atleta):	Nome (dell'Atleta):	Data della visita:/...../.....
Indirizzo email:		
Recapito telefonico:		

Segnare con una “X” la Sua risposta:

NEGLI ULTIMI 15 GIORNI ...	SI	NO
1 - ...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 - ...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: sam.sandrigo@aulss8.veneto.it o contattare telefonicamente il seguente numero 0444 756467 dal lunedì al venerdì dalle ore 10:30 alle ore 12:00.

La ringraziamo per la Sua Collaborazione.