

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma
Distretto di Parma
L.go Natale Palli 1/A (DUS)

MEDICINA DELLO SPORT

L.GO NATALE PALLI 1/A (DUS) PARMA

**PER PRENOTARE LA VISITA DI IDONEITA'
SPORTIVA
TELEFONARE AL NUMERO VERDE 800629444**

**IL GIORNO DELLA PRENOTAZIONE ACCOMPAGNATI DA UN GENITORE
PRESENTARSI CON:**

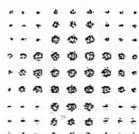
- 1. PROVETTA URINE PRESA A DIGIUNO AL MATTINO PRIMA DI COLAZIONE**
- 2. LIBRETTO VERDE DELLO SPORTIVO**
- 3. ABBIGLIAMENTO SPORTIVO ADATTO ALLA PROVA DA SFORZO**
- 4. FOGLIO ANAMNESTICO SOLO PER LA PRIMA VISITA
CON EVENTUALI REFERTI DI ESAMI O VISITE SPECIALISTICHE
EFFETTUATE IN PRECEDENZA.**

SI RACCOMANDA UN ACCURATA IGIENE PERSONALE

**NEL CASO IN CUI NON SI POSSA UTILIZZARE IL POSTO PRENOTATO, SI
DOVRA' DISDIRE ALMENO 3 GIORNI PRIMA DELLA DATA PREVISTA, IN
CASO CONTRARIO SI PERDERA' IL DIRITTO NELL'EFFETTUARE LA VISITA
ALLA SCADENZA.**

SI PREGA DI RISPETTARE L'ORARIO DELLA VISITA





SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma

Distretto di Parma
Presidio di Medicina dello Sport
Casa della Salute Parma Centro – Largo Palli 1

CONSENSO INFORMATO E DELEGA PER VISITE DI IDONEITA' SPORTIVA

Il sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il ___ / ___ / _____, residente a _____, via _____
padre/madre/tutore di _____ nato/a a _____
il ___ / ___ / _____,

ACCONSENTE

di sottoporre il/la proprio/a figlio/a agli accertamenti previsti dal D.M. 18/02/1982, e successive integrazioni, al fine di certificare l'idoneità a svolgere attività sportiva a livello agonistico.

Dichiaro/a inoltre di essere stato informato che: per completare l'accertamento - oltre ad anamnesi, esame obiettivo, spirometria, esame delle urine - verrà eseguito un test consistente nel salire e scendere un gradino per 90 volte in 3 minuti, durante il quale verrà effettuato l'ECG; verrà misurata la pressione arteriosa prima e dopo il test; durante l'esecuzione del test da sforzo verranno messe in atto le precauzioni necessarie a ridurre al minimo i rischi insiti nel test.

DELEGA

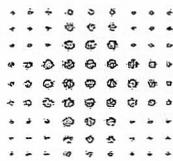
Il/la Sig./ra _____ nato/a _____
il _____, residente in _____, indirizzo _____

- 1) ad accompagnare il minore presso il Servizio di Medicina dello Sport, per la valutazione medica ai fini del rilascio del certificato di idoneità sportiva agonistica;
- 2) a sottoscrivere l'anamnesi sulla scheda di valutazione medico sportiva.
- 3) a firmare il consenso al trattamento dei dati come previsto dall'art. 23 D.Lgs. 196/03

Allego fotocopia del mio documento di identità.

Data, _____

Firma, _____



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma

Distretto di PARMA

MEDICINA DELLO SPORT

Accertamento idoneità specifica allo sport

Dichiarazione dell'atleta se maggiorenne o dei genitori per i minori di 18 anni

Cognome e nome.....nato a.....il.....

Circonferenza vita.....Peso.....altezza.....telefono.....

Malattie riguardanti la famiglia

indicare nella casella i casi familiari (genitori-nonni-fratelli-sorelle) che sono stati affetti dalle seguenti malattie:

malattie di cuore	si	no	ipertensione	si	no	diabete	si	no	tbc	si	no
tumori	si	no	paralisi	si	no	obesità	si	no	sifilide	si	no
asma malattie allergiche	si	no	morti improvvise	si	no						

Notizie riguardanti l'atleta (barrare le caselle riguardanti le malattie sofferte):

Morbillo	si	no	Epatite virale	si	no	Palpitazioni	si	no
Varicella	si	no	Otite	si	no	Malattie intestino	si	no
Rosolia	si	no	Sinusite	si	no	Asma	si	no
Parotite(orecchioni)	si	no	Bronchiti	si	no	Eczema(malattia pelle)	si	no
Pertosse(tosse canina)	si	no	Polmoniti	si	no	Allergie	si	no
Scarlattina	si	no	Tonsillite	si	no	svenimento vertigini	si	no
Lussazione d'anca	si	no	Pleurite	si	no	Epilessia	si	no
Scoliosi	si	no	Diabete	si	no	Febbre reumatica	si	no
Dorso curvo	si	no	Anemia	si	no	Enuresi(pipi a letto)	si	no
Piede piatto	si	no	Trauma cranico	si	no	Malattie di cuore	si	no
Scapole alate	si	no	Malattie reni	si	no	Traumi sportivi	si	no
T.B.C.	si	no	Traumi sportivi (distorsioni-strappi-contusioni-ecc	si	no			

RICOVERI PER INTERVENTO DI:

Tonsille	si	no	Adenoidi	si	no	Ernia	si	no	Appendicite	si	no	Altro	si	no
anni.....			anni.....			anni.....			anni.....			anni.....		

Notizie particolari (tipo, decorso,cure,esiti) sulle malattie sopraindicate:.....

E' guarito completamente?	Si	No	Disturbi rimasti:.....					
Sta' facendo cure?	Si	No	Quali o per quale motivo.....					
Occhiali o lenti corneali	Si	No	Per miopia	si	no	Ipermetropia	si	no
E' stato in cura con busti correttivi	Si	No	Astigmatismo	si	no	Strabismo	si	no
Ginnastica correttiva	Si	No	Rialzo piede	si	no	Fuma	si	no
Esposto a fumo passivo(casa, lavoro, ecc.)			si	no				

Il sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilità che le notizie fornite nel questionario sono complete e veritiere. Dichiaro inoltre di avere informato il medico delle mie attuali condizioni psico-fisiche e delle affezioni precedenti e di non essere mai stato dichiarato non idoneo in precedenti visite medico-sportive di legge. Mi impegno inoltre a non fare uso di droghe riconosciute illegali e do atto di essere stato informato dei pericoli derivanti da tabacco e all'uso di alcool. Esprimo inoltre, ai sensi della legge sulla privacy n° 675/96, il consenso a trattare i miei dati personali e sensibili, per le finalità connesse alla richiesta di idoneità alla pratica sportiva agonistica, secondo le modalità di cui alla specifica normativa in materia.

PARMA LI'.....

Firma del dichiarante, o di un genitore, se minore