

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:**

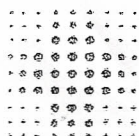
- 1. PROVETTA URINE PRESA A DIGIUNO AL MATTINO PRIMA DI COLAZIONE**
- 2. LIBRETTO VERDE DELLO SPORTIVO**
- 3. ABBIGLIAMENTO SPORTIVO ADATTO ALLA PROVA DA SFORZO**
- 4. FOGLIO ANAMNESTICO SOLO PER LA PRIMA VISITA
CON EVENTUALI REFERTI DI ESAMI O VISITE SPECIALISTICHE
EFFETTUATE IN PRECEDENZA.**

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

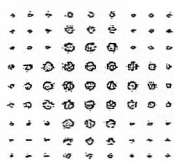
Il/la Sig./ra _____ nato/a _____
il _____, residente in _____, indirizzo _____

- 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