



Medicor – Medicina dello Sport
prenotazioni@medicor.it
segreteria@medicor.it
claudio.orabona@medicor.it

Codice Regione Campania
RC-MSP/00154

Numero Verde Gratuito
800.910.573

Pag.1

Sede legale: Via G. Pascoli, 18 – 80021- Afragola (Na) Centro: Via Leonardo Leo, - 80100 - Napoli (Na) Ufficio
prenotazioni: tel: 331-9405524 - Ufficio segreteria: tel: numero verde 800910573

LINEE GUIDA per l'Atleta agonista

All'atto della visita:

- Evitare allenamenti e sforzi fisici intensi nelle 24 ore precedenti;
- Alimentarsi in modo leggero evitando caffè, thè, coca-cola almeno due ore prima;
- Non fumare;
- Vestirsi in modo adeguato (es: tuta e scarpe da ginnastica);
- Portare eventuali mezzi di correzione (occhiali, lenti a contatto);
- Portare eventuale documentazione clinica eseguita precedentemente (ECG precedenti, cartelle cliniche, referti di esami, ecc.);
- Portare il questionario anamnestico compilato in ogni sua parte (**Sez.A pagina 2**) e firmato; se minorenne, firmato da un genitore o da chi esercita la patria potestà dell'atleta;
- Munirsi di codice fiscale o tessera sanitaria (badge magnetico);
- Avvisare il medico di una eventuale terapia in atto, che non deve essere interrotta;
- Per gli atleti maschi viene consigliata la depilazione della parte superiore del torace; per le atlete di sesso femminile evitare l'uso di reggiseno con il ferretto; in ambedue i casi, per una migliore adesione degli elettrodi, è sconsigliato l'uso di creme idratanti;
- Per gli atleti di età superiore ai 35 anni, munirsi di emocromo completo con colesterolo e trigliceridi.

In che cosa consiste la visita?

- Raccolta dei dati antropometrici (peso, altezza)
- Raccolta dei dati anamnestici (la storia delle tue patologie da quando sei nato a oggi)
- Esame obiettivo (il medico ti visiterà per accertare la tua integrità fisica)
- Spirometria (serve per valutare le capacità polmonari)
- Esame delle urine
- Elettrocardiogramma a riposo, sotto sforzo e nel recupero in relazione alla tipologia di sport richiesto.

La visita non sarà garantita se non in possesso di quanto descritto in precedenza.

I Certificati di Idoneità verranno consegnati dopo circa 10 minuti dal termine della visita unitamente ai referti al responsabile visite mediche della società sportiva di appartenenza.

Per appuntamenti e informazioni rivolgersi alla segreteria di **Medicor** (gruppo Promedis) durante i giorni feriali dalle ore 8.30 alle ore 19.30 al numero verde **800910573**. Per maggiori informazioni www.medicor.it.

NOMINATIVO _____ PROFESSIONE _____

ACCERTAMENTO D'IDONEITA' AGONISTICA ALLO SPORT _____

PER: PRIMA AFFILIAZIONE - RINNOVO - VISITA DI CONTROLLO

DI ATLETA: PROFESSIONISTA - DILETTANTE

1. TRA I FAMILIARI C'È QUALCUNO CHE HA SOFFERTO DELLE SEGUENTI MALATTIE:

Malattie di Cuore	No	Sì	Chi:	Pressione Alta	No	Sì	Chi:
Diabete	No	Sì	Chi:	Tubercolosi	No	Sì	Chi:
Asma	No	Sì	Chi:	Allergie	No	Sì	Chi:
Malattie di Fegato	No	Sì	Chi:	Malattie di Reni	No	Sì	Chi:
Morti Improvvise	No	Sì	Chi:	Altro			

2. LE SUE ABITUDINI DI VITA:

Dieta Libera e Varia	No	Sì	Controllata:							
Alvo Regolare <small>(regolarità delle evacuazioni)</small>	No	Sì								
Sonno Regolare	No	Sì								
Digestione Regolare	No	Sì								
Fumo	No	Sì	Quante?	Da quanti anni?						
Caffè	No	Sì	Quanti?							
Alcolici	No	Sì	Quantità?	Vino	Birra	Superalcolici				
Menarca <small>(prime mestruazioni)</small>	No	Sì	Età _____	Ciclo Regolare:	No	Sì	Gravidanze:	No	Sì	N°:
Fa uso abituale di farmaci	No	Sì	Quali?.....							
			Da quando?.....							
			Perché?.....							
Vaccinazione Antitetanica	No	Sì	Data ultima vaccinazione: ____ / ____ / ____ (campo obbligatorio)							

3. LE MALATTIE CHE HA AVUTO:

Morbillo	No	Sì	Otiti	No	Sì	Anemia	No	Sì	Diabete	No	Sì
Varicella	No	Sì	Sinusiti	No	Sì	Vertigini	No	Sì	Allergie	No	Sì
Rosolia	No	Sì	Tonsilliti	No	Sì	Mal. Reni	No	Sì	Asma	No	Sì
Orecchioni	No	Sì	Polmoniti	No	Sì	Epilessia	No	Sì	Soffio al cuore	No	Sì
Scarlattina	No	Sì	Pleuriti	No	Sì	Svenimenti	No	Sì	Pressione Alta	No	Sì
Scoliosi	No	Sì	Mal. Cuore	No	Sì	Epatite	No	Sì	Palpitazioni	No	Sì
Altro											

4. HA MAI SUBITO:

Interventi Chirurgici	No	Sì	Quali?	Data
Ricoveri in Ospedale	No	Sì	Quali?	Data
Traumi Fratture Lussazioni Altri Infortuni	No	Sì	Quali?	Data
Esami radiologici	No	Sì	Quali?	Data

5. DURANTE L'ATTIVITA' SPORTIVA HA MAI ACCUSATO :

Grande Stanchezza	No	Sì	Dolori al Cuore	No	Sì	Svenimenti	No	Sì	Dolori alle Articolazioni	No	Sì
Palpitazioni	No	Sì	Altro								

6. ANAMNESI CARDIOLOGICA

-Soffre o ha mai sofferto di:

Malattie di cuore	No	Sì	Soffri al cuore	No	Sì	Ipertensione (pressione alta)	No	Sì	Aritmie (battito irregolare)	No	Sì
-------------------	----	----	-----------------	----	----	-------------------------------	----	----	------------------------------	----	----

-Durante la sua vita ha mai accusato:

Dolore al petto	No	Sì	Costrizione tipo a sbarra o a morsa al centro del torace	No	Sì	Sensazione di perdita di un battito	No	Sì
Svenimento	No	Sì	Vertigini	No	Sì			

-In condizioni di riposo ha mai accusato:

Episodi d'improvvisa accelerazione del battito cardiaco	No	Sì	Difficoltà respiratorie	No	Sì
---	----	----	-------------------------	----	----

-E' mai stato sottoposto ad accertamenti cardiologici?:

Se si quali											
-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

7. ATTIVITA' SPORTIVA ATTUALE:

Da quanto tempo Anni _____ Mesi _____ Numero di sessioni alla settimana _____

Ore alla settimana _____

Impegno alla settimana: notevole intenso medio leggero

Io sottoscritto _____ dichiaro:

- a) di aver riferito il vero;
- b) di non aver omesso nulla circa le malattie o menomazioni pregresse in atto;
- c) di non essere mai stato dichiarato non idoneo in precedenti visite medico-sportive di legge;
- d) di non avere in corso sospensioni e di non essere in attesa di giudizio da parte di altro specialista in medicina dello sport
- e) di essere stato pienamente ed esaurientemente informato sulle motivazioni che inducono a praticare il suddetto accertamento, sulle finalità conoscitive che a mezzo di esso sono perseguibili e infine sulla natura dei rischi che possono verificarsi durante la sua effettuazione o in conseguenza di esso e quindi autorizzo l'esecuzione degli accertamenti richiesti e in particolare della "prova da sforzo" di essere a conoscenza che tale test contiene intrinsecamente un margine di rischio per lo sviluppo d'ischemia coronaria e/o aritmie ipercinetiche; sono stato informato che durante l'esecuzione potrebbero insorgere disturbi quali dolore al petto, difficoltà della respirazione, palpitazione, senso di mancamento e che dovrò tempestivamente avvertire il personale medico e infermieristico nel caso in cui tali sintomi potessero manifestarsi. Tale test, in caso di rischio anche minimo, sarà immediatamente sospeso dall'equipe medica come pure potrà essere sospeso in ogni momento su richiesta del soggetto visitato.
- f) di aver correttamente informato l'equipe visitante delle condizioni di salute, delle malattie pregresse e dei farmaci assunti, e dichiara di non aver attuato comportamenti tale da rendere pericoloso tal esame quali, ad esempio l'assunzione di sostanze attive in grado di falsare la normale risposta fisiologica dello stress
- g) mi impegno a non far uso di sostanze riconosciute illegali e do atto di essere stato informato dei pericoli derivanti dal fumo di tabacco e dall'abuso di alcool;
- h) Do il consenso a consegnare i risultati della visita al Presidente _____ della società _____.
- i) di essere stato pienamente ed esaurientemente informato che nel caso che, su motivato sospetto clinico, il medico dello sport ha la necessità di prescrivere ulteriori accertamenti, in attesa dei risultati, l'atleta è da considerarsi *temporaneamente "SOSPESO" dall'attività sportiva*, per cui non può partecipare nè ad allenamenti nè a gare. Alla fine della sospensione viene eseguita una nuova visita e si decide se prolungarla, dare l'idoneità o negarla.
- j) di essere stato pienamente ed esaurientemente informato che qualora a seguito degli accertamenti sanitari l'atleta viene giudicato NON IDONEO alla pratica agonistica di un determinato sport NON PUO' ESSERE VISITATO da un altro medico dello sport prima che siano trascorsi 12 mesi dalla data della prima visita. L'atleta ha la possibilità di ricorrere ALLA COMMISSIONE MEDICA REGIONALE D'APPELLO entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione scritta della non idoneità. Il documento di richiesta per il ricorso è reperibile presso la segreteria.
- k) ESPRIMO INOLTRE, AI SENSI DELLA ATTUALE LEGGE SULLA PRIVACY, IL CONSENSO A TRATTARE I MIEI DATI, PERSONALI E SENSIBILI, PER LE FINALITÀ CONNESSE ALLA MIA RICHIESTA DI IDONEITÀ ALLA PRATICA SPORTIVA AGONISTICA, SECONDO LE MODALITÀ E PER LE PROCEDURE PREVISTE DALLE LEGGI SULLA TUTELA SANITARIA DELLE ATTIVITÀ SPORTIVE

DATA ____/____/____.

FIRMA DICHIARANTE _____

(o per i minori dell'esercente la potestà genitoriale)