



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Allegato modulo 1



La Società Sportiva: **DELTA ATLETICA SASSUOLO**

richiede la visita medico sportiva per l'atleta:

nato il:

a:

residente a:

in Via:

tel.:

C.F.



Barrare la disciplina per la quale si richiede la visita

CODICE	PRESTAZIONE		DISCIPLINA SPORTIVA
MS00009	Visita medicina sportiva Tab. B1	<input checked="" type="checkbox"/>	Arbitri (qualsiasi disciplina) Calcio, Pallavolo, Handball, Hockey (su pista, su prato e/o indoor, in linea, su ghiaccio), Pattinaggio (artistico, corsa, su ghiaccio, danza su ghiaccio), Skateboard, Skiroli, Judo - Ju-Jitsu - Aikido, Karate, Lotta - Sumo, Pallacanestro, Atletica leggera, Ciclismo, Danza Sportiva, Ginnastica, Ginnastica Ritmica, Baseball e Mini Baseball, Softball, Canottaggio, Canoa canadese, Kayak, Nuoto, Nuoto salvamento, Nuoto sincronizzato, Pallanuoto, Beach volley, Pentathlon, Sollevamento pesi, Rugby, Scherma, Sport Equestri (attacchi, equitazione - cavalli, equitazione - poni, polo, voltaggio), Tennis, Tennis Tavolo, Vela
MS00010 OT00008 OT00001	Visita medicina sportiva Tab. B2 Esame audiometrico tonale Visita otorinolaringoiatra	<input type="checkbox"/>	Biathlon,
MS00011 NR00011 NR00001 OT00008 OT00001 OC00001	Visita medicina sportiva Tab. B3 Elettroencefalogramma (prima visita) Visita neurologica Esame audiometrico tonale, Visita otorinolaringoiatra Visita oculistica	<input type="checkbox"/>	Pugilato
MS00012 NR00001 NR00011	Visita medicina sportiva Tab. B4 Visita neurologica Elettroencefalogramma (prima visita)	<input type="checkbox"/>	Sci alpino discesa libera, Sci combinata salto speciale,
MS00013 NR00001	Visita medicina sportiva Tab. B5 Visita neurologica	<input type="checkbox"/>	Slalom gigante e speciale
MS00014 OT00001	Visita medicina sportiva Tab. B6 Visita otorinolaringoiatra	<input type="checkbox"/>	Sport subacqueo (apnea, sub con respiratore, immersione didattica, nuoto pinnato, orientamento)

Prenotare gli eventuali esami integrativi prima della visita di medicina sportiva.

A) Visite ad atleti minorenni, ad atleti maggiorenni under 40 e ad atleti disabili.

Le prenotazioni avverranno presso tutte le Farmacie di Modena e provincia, presentando apposito modulo debitamente compilato in tutte le sue parti, o telefonando al numero 848 800 640 da telefono fisso e al numero 059/20.25.050 da telefono cellulare.

B) Visite ad atleti maggiorenni over 40.

Tutti gli atleti maggiorenni e/o le loro Società Sportive di appartenenza dovranno rivolgersi per la prenotazione direttamente al Centro di Medicina dello Sport, telefonando al numero 059/21.34.281 nei seguenti orari:

Martedì, Giovedì e Venerdì dalle ore 9.00 alle ore 12.00.

Per il rilascio del certificato di idoneità sportiva agonistica presentarsi il giorno fissato per la visita con il referto dell'esame urine. Il modulo può essere ritirato c/o la Società Sportiva o al Centro di Medicina Sportiva.

Per i minori e i disabili le prestazioni sono gratuite.

Data



_____ della Società Sportiva

U.O. tutela della salute nelle attività agonistiche
Viale dello Sport, 29 - 41100 Modena
T. +39.059/21.34.280-1 F. +39.059/21.34.291
medsportmo@aust.mo.it

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena
Via Giovanni del Cantone, 23 - 41100 Modena
T. +39.059.435804 - F. +39.059.435804 - www.aust.mo.it
Partita IVA 02241850367



ACCERTAMENTO IDONEITA' SPECIFICA ALLO SPORT

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

Cognome e Nome nato/a a il

MALATTIE RIGUARDANTI LA FAMIGLIA

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

Malattie di cuore	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	Iperensione	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	Diabete	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	TBC	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Tumori	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	Paralisi	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	Obesità	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	Sifilide	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Asma e malattie allergiche	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no		<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	Morti improvvise	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no		<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no

NOTIZIE RIGUARDANTI L'ATLETA

Barrare le caselle riguardanti le malattie sofferte:

Morbillo	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	Epatite virale	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	Palpitazioni	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Varicella	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	Otite	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	Malattie intestino	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Rosolia	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	Sinusite	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	Asma	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Parotite(orecchioni)	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	Bronchiti	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	Eczema (malattie pelle)	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Pertosse (tosse canina)	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	Polmonite	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	Allergia	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Scarlattina	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	Tonsillite	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	Svenimento - Vertigini	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Lussazione anca	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	Pleurite	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	Epilessia	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Scoliosi	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	Febbre reumatica	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	Diabete	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Dorso curvo	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	Anemia	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	Enuresi (pipì a letto)	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Piede piatto	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	Malattie di cuore	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	Trauma cranico	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Scapole alate	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	Malattie di reni	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	Traumi sportivi	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
TBC	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no				Traumi sportivi (distorsioni, strappi, contusioni ecc.)	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no

RICOVERI PER INTERVENTO DI:

Tonsille si no Adenoidi si no Emia 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:

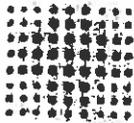
Sta facendo cure? si no quali o per quale motivo:

Usa occhiali o lenti corneali	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	Per miopia	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	Ipermetropia	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
E' stato in cura con busti correttivi	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	Astigmatismo	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	Strabismo	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Ginnastica correttiva	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	Rialzo piede	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	Fuma	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Esposto a fumo passivo (casa, lavoro, ecc.)	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no						

sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilità che le notizie fornite nel questionario sono complete e veritiere. Dichiaro oltre 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 sconosciute illegali e do atto di essere stato informato dei pericoli derivanti di 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.



Firma del dichiarante, o di un genitore, se minore



Per effettuare l'esame urine compilare il presente modulo in ogni sua parte IN

ESAME URINE

STAMPATELLO:

Barrare la sede nella quale si effettua la visita

Cognome _____
Nome _____
Data di nascita _____
Timbro Soc. Sportiva

La visita sarà effettuata presso l'Ambulatorio di

- | | |
|---|--------------------------|
| 1. Modena | <input type="checkbox"/> |
| 2. Castelfranco Emilia | <input type="checkbox"/> |
| 3. Carpi | <input type="checkbox"/> |
| 4. San Felice - Aesculapio - Via degli Scienziati, 30 | <input type="checkbox"/> |
| 5. Sassuolo - ARS Medica - Via Mazzini 225 | <input type="checkbox"/> |
| 7. Vignola | <input type="checkbox"/> |
| 8. Pavullo | <input type="checkbox"/> |

Consegnare il presente modulo e la provetta con le urine (almeno 4 giorni lavorativi prima della visita) presso uno dei seguenti Centri Prelievi nei giorni e negli orari indicati ed informarsi c/o le stesse sedi sulle modalità di ritiro del referto:

SEDE	GIORNI	ORA
Centro Prelievi di Carpi	dal lunedì al sabato	ore 7.30 - 9.00
Centro Prelievi di Cavezzo	mercoledì	ore 7.30 - 8.30
Centro Prelievi di Concordia	tutte le mattine tranne mercoledì e sabato	ore 7.30 - 8.30
Centro Prelievi di Finale Emilia	dal lunedì al venerdì	ore 7.30 - 8.30
Centro Prelievi di Guiglia	mercoledì	ore 7.00 - 8.00
Centro Prelievi di Mirandola	dal lunedì al venerdì	ore 7.30 - 8.30
Centro Prelievi di Novi	lunedì, mercoledì e venerdì	ore 7.00 - 7.45
Centro Prelievi di Rovereto	sabato	ore 7.00 - 7.45
Centro Prelievi di San Felice	dal lunedì al venerdì	ore 7.30 - 8.30
Centro Prelievi di Soliera	lunedì, martedì, mercoledì, venerdì, sabato	ore 7.15 - 8.15

Per il rilascio del certificato di idoneità sportiva agonistica presentarsi il giorno fissato per la visita con il referto dell'esame.

Nei seguenti Centri, l'esito dell'esame è inviato direttamente agli Ambulatori della Medicina Sportiva sede di effettuazione della visita.

*Per i seguenti centri l'atleta può quindi presentarsi alla visita senza il referto dell'esame delle urine. Provvederà l'Azienda USL alla consegna.

SEDE	GIORNI	ORA
Centro Prelievi di Bomporto	martedì - giovedì - sabato	ore 7.00 - 7.45
Centro Prelievi di Campogalliano	martedì - giovedì - sabato	ore 7.10 - 8.15
Centro Prelievi di Castelnovo	lunedì - giovedì	ore 7.00 - 8.00
Centro Prelievi di Castelvetro	lunedì - giovedì	ore 7.00 - 8.00
Centro Prelievi di Formigine	dal lunedì al sabato	ore 7.00 - 8.15
Centro Prelievi di Montese	martedì - venerdì	ore 7.00 - 8.00
Centro Prelievi di Nonantola	lunedì - mercoledì - venerdì	ore 7.00 - 7.45
Centro Prelievi di Sassuolo	dal lunedì al sabato	ore 7.00 - 8.45
Centro Prelievi di Spilamberto	martedì - venerdì	ore 7.00 - 8.00
Centro Prelievi di Via Newton, 150 Modena	dal lunedì al sabato	ore 7.00 - 9.00
Centro Prelievi di Vignola	dal lunedì al venerdì	ore 7.30 - 9.00
Centro Prelievi di Zocca	martedì - venerdì	ore 7.00 - 8.00
Centro Prelievi Ospedale Castelfranco	dal lunedì al sabato	ore 7.15 - 8.15
Centro Prelievi Ospedale Estense	dal lunedì al venerdì	ore 7.00 - 9.00
Centro Prelievi di Pavullo	dal lunedì al sabato	ore 7.30 - 9.30
Centro Prelievi di Pievepelago (solo su prenotazione)	martedì e giovedì	ore 7.30 - 8.30
Centro prelievi di Fanano (solo su prenotazione)	lunedì - mercoledì - venerdì	ore 7.30 - 8.30

