

HAI UN APPUNTAMENTO PER LA VISITA:

Linee guida per l'atleta

È necessario presentarsi con **15 minuti di anticipo** rispetto all'orario di visita per permettere alla segreteria di predisporre la cartella clinica prima di accedere all'ambulatorio.

La permanenza all'interno della struttura sarà di circa 30 – 45 minuti.

In caso di ritardo non sarà possibile eseguire la visita perché, nel rispetto degli altri pazienti, si genererebbe uno slittamento di tutti gli appuntamenti a seguire.

Nel caso di **patologie in fase acuta** sarà necessario **riprogrammare l'appuntamento** in quanto le prove eseguite potrebbero risultare alterate e non consentire il rilascio dell'idoneità.

La disdetta della visita con un anticipo inferiore alle 24 ore comporterà un addebito pari al 70% del costo della prestazione. In caso di ri-prenotazione non sarà addebitato alcun costo.

Cosa è necessario?

- **Essere accompagnati da un genitore o un suo rappresentante** (purché maggiorenne e munito di delega scritta da parte dei genitori);
- **Abbigliamento idoneo:** abiti comodi e calzature sportive (soprattutto per il test su cicloergometro per permettere una pedalata confortevole);
- **Documento di identificazione** (ad esempio carta d'identità);
- **Tessera Sanitaria o Codice Fiscale;**
- Per i portatori, **occhiali da vista o lenti a contatto** (e contenitore per poterle togliere) perché la prova del visus va eseguita con e senza correzione;
- **Campione di urine** raccolte al mattino a digiuno in contenitore apposito con nominativo (non verranno accettati campioni in contenitori non idonei);
- Autocertificazione **vaccinazione antitetanica;**
- Eventuale **documentazione clinica** delle patologie più importanti, anche se di vecchia data;
- **Consenso al trattamento dei dati** personali ai sensi dell'Art. 13 del D.Lgs 30 giugno 2003 n. 196, compilato e firmato a cura dell'interessato; se minorenne, da un genitore o un suo rappresentante;
- **Questionario anamnestico** per lo sport allegato, compilato in ogni sua parte e firmato; se minorenne, firmato da un genitore o un suo rappresentante.

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

I Certificati di Idoneità verranno consegnati dopo circa 10 giorni per permettere al cardiologo di refertare i tracciati ECG a riposo e dopo sforzo.

Come prevede la normativa, il certificato di idoneità sportiva agonistica è specifico per il tipo di sport richiesto, per tale motivo si chiede di segnalare all'atto della visita tutte le discipline per la quale si richiede il certificato.

Superati i 30 giorni, sarà necessario sottoporsi a una nuova valutazione medica al fine di confermare il quadro clinico.

Per appuntamenti e informazioni rivolgersi alla segreteria di POLIMEDICA Centro Pasteur durante i giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 19.00.

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL DECRETO LEGISLATIVO N. 196 DEL 30.06.2003 CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

Codess FVG informa che i dati forniti per i servizi sanitari sono oggetto di trattamento nel pieno rispetto della normativa e secondo i principi di correttezza, liceità, trasparenza e tutela della riservatezza e dei diritti previsti.

Ai sensi della normativa indicata, Le forniamo le seguenti informazioni:

- Finalità: i dati personali saranno utilizzati per attività legate alla gestione organizzativa interna delle prestazioni fornite da "Polimedica Centro Pasteur" e "Polimedica Centro Medians", per l'emissione dei titoli di pagamento (fatture e ticket), per comunicare le eventuali informazioni relative alle prestazioni da Lei prenotate presso la struttura, per comunicare alla Regione di competenza e agli organismi del Servizio Sanitario Regionale tutti i dati necessari ad espletare le prestazioni in regime di accreditamento. In alcune particolari attività i Suoi dati potranno essere inviati presso altre strutture sanitarie che esercitano, per nostro conto, attività di servizi sanitari in outsourcing.
- Modalità del trattamento:
 - Con supporto cartaceo; i documenti contenenti i Suoi dati personali saranno custoditi in apposito archivio protetto ed accessibile soltanto a personale autorizzato;
 - Con supporto informatico; i data base e le apparecchiature informatiche destinate al trattamento dei Suoi dati personali saranno protetti ed accessibili soltanto a personale autorizzato e nel pieno rispetto delle misure minime di sicurezza previste dall'art.34;
 - I Suoi dati verranno comunicati, ove necessario e laddove possibile in forma anonima, alla Regione di competenza ed agli organismi del Servizio Sanitario Nazionale e non saranno comunicati ad altri soggetti, se non chiedendo espressamente il consenso.
- Il conferimento a Codess Fvg di alcuni suoi dati personali è facoltativo, resta comunque obbligatorio per alcuni di essi, nell'ambito di prestazioni in regime di accreditamento al SSN per l'espletamento delle fatturazioni legate al Servizio Sanitario della Regione di competenza e per l'emissione di fatture legate a prestazioni private; in tali casi la mancata o incompleta comunicazione dei dati non permetterà l'erogazione del servizio.
- I dati personali potranno essere comunicati a enti esterni (incaricati come Responsabili del trattamento dei dati) che forniscono a Codess FVG servizi di tipo sanitario quali Medicina di laboratorio e/o Diagnostica per immagini.
- I dati saranno utilizzati per fini statistici interni di monitoraggio documentale ed in forma anonima con finalità di analisi e pianificazione dell'attività.
- Il titolare dei dati è Codess Fvg Cooperativa sociale Onlus, con sede legale a Udine in Viale Trieste 89, nella persona del Presidente e Legale rappresentante.
- In relazione a quanto descritto, con la sottoscrizione della presente, l'interessato o chi esercita la legittima potestà (genitore o tutore) in presenza di minore, esprime libero consenso ai trattamenti indicati.
- In qualunque momento potranno essere esercitati i diritti previsti dalla normativa in materia, inoltrando comunicazione scritta a mezzo di lettera raccomandata al Presidente o Legale rappresentante di Codess Fvg – Viale Trieste 89- 33100 Udine tel. 0432.21331 fax 0432.510916 www.codessfvg.it

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E DEI DATI SENSIBILI

La/Il sottoscritta/o _____ nata/o a _____ Prov. (____), il _____

Tutore/Genitore di _____ nata/o a _____ Prov. (____), il _____

e residente a _____ Prov.(____), in via/piazza _____, n. _____,

Tel. _____ Cellulare _____ e-mail _____

acquisite le informazioni dal titolare ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003:

Accenso NON Accenso

al trattamento dei dati e alla comunicazione degli stessi per le finalità ed ai soggetti indicati nella suddetta informativa (nel caso sia prevista la comunicazione dei dati e non rientri in una delle esenzioni di cui all'art.24)

Accenso NON Accenso

al trattamento dei dati e alla comunicazione degli stessi per le finalità ed ai soggetti indicati nella suddetta informativa e anche alle strutture associate POLIMEDICA Centro Pasteur e Centro Medians

Accenso NON Accenso

al trattamento dei dati ai fini di comunicazione sui prodotti e servizi delle strutture associate POLIMEDICA Centro Pasteur e Centro Medians anche via posta elettronica

Data ____ . ____ . ____ .

Firma leggibile _____

QUESTIONARIO ANAMNESTICO PER LO SPORT

NOMINATIVO paziente _____ Recapito telefonico _____

1. NELLA FAMIGLIA (COMPRESI NONNI E ZII DELL'ATLETA) C'È QUALCUNO CHE HA SOFFERTO DELLE SEGUENTI MALATTIE:

Morte improvvisa	No	Sì	Chi:	NOTE:
Cardiopatía Ischemica (infarto, by pass, coronaropatía)	No	Sì	Chi:	NOTE:
Accidente cardiovascolare (ictus, paralisi)	No	Sì	Chi:	NOTE:
Cardiomiopatia (cardiomiopatia ipertrofica, S. di Brugada, malattia aritmogena del ventricolo destro)	No	Sì	Chi:	NOTE:
Ipertensione	No	Sì	Chi:	NOTE:
Diabete	No	Sì	Chi:	NOTE:
Dislipidemie (colesterolo o trigliceridi alti)	No	Sì	Chi:	NOTE:
Patologia tiroidea	No	Sì	Chi:	NOTE:
Altro				

2. ABITUDINI DI VITA DELL'ATLETA:

Dieta libera	No	Sì	Dieta controllata:		
Fumo	No	Sì	Quante?	Da quanti anni?	
Alcolici	No	Sì	Quantità?	Dipendenza?	
Fa uso abituale di farmaci	No	Sì	Quali?		
			Da quando?		
			Perché?		
Altro					

3. MALATTIE DELL'ATLETA (segnalare le patologie, i traumi, gli interventi e i ricoveri per ogni apparato, dalla nascita ad oggi)

Malattie avute o in atto: _____

Ricoveri Ospedalieri (indicare anno del ricovero e diagnosi): _____

Traumi: _____

Interventi chirurgici: _____

Altro: _____

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

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

5. 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:

- di aver riferito il vero;
- di non aver omesso nulla circa malattie o menomazioni pregresse in atto;
- di non essere mai stato non idoneo in precedenti visite medico-sportive di legge;
- 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 ed 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 ed in particolare della "prova da sforzo";
- di non far uso di sostanze riconosciute illegali e di essere stato informato dei pericoli derivanti dal fumo e dall'abuso di alcool.
- Do il consenso a consegnare i risultati della visita alla società _____.

DATA _____._____._____.

FIRMA _____

(del genitore se l'atleta è minorenni)

**AUTOCERTIFICAZIONE VACCINAZIONE
ANTITETANICA MINORENNI**

(Art. 2 Legge 04.01.1968 n. 15 come modificato dall'art. 3, comma 10
della Legge 15.05.1997 n. 127)

(L'autocertificazione deve essere resa dal genitore o dal tutore)

La/il sottoscritta/o _____

nata/o a _____ Prov. (_____) il _____

residente a _____ CAP _____ via _____ n. _____

tel. _____ email _____

a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 1 dalla Legge n. 292 del 5 marzo 1963 – “Vaccinazione Antitetanica Obbligatoria”, in base alle norme sullo snellimento dell'attività amministrativa e consapevole che in caso di dichiarazione mendace potrà incorrere in responsabilità penalmente sanzionabili,

DICHIARA

che la/il propria/o figlia/o _____

nata/o a _____ Prov. (_____) il _____

è stata/o regolarmente sottoposta/o alla **vaccinazione antitetanica** e che tale vaccinazione è in corso di validità.

Data _____._____._____.

Firma leggibile _____

**DELEGA PER VISITA SPORTIVA A
MINORENNE**

La/il sottoscritta/o _____

nata/o a _____ Prov. (_____) il _____

Tutore/Genitore di _____

D E L E G A

la/il signora/e _____

nata/o a _____ Prov. (_____) il _____

ad accompagnare il proprio figlio/a durante l'esecuzione della visita medica sportiva ed espletare tutte le pratiche collegate.

Data _____.____._____

Firma leggibile del genitore _____

(L'autocertificazione deve essere resa dal genitore o dal tutore)

La/il sottoscritta/o _____

nata/o a _____ Prov. (_____) il _____

residente a _____ CAP _____ via _____ n. _

tel. _____ email _____

a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 1 dalla Legge n. 292 del 5 marzo 1963 – “Vaccinazione Antitetanica Obbligatoria”, in base alle norme sullo snellimento dell'attività amministrativa e consapevole che in caso di dichiarazione mendace potrà incorrere in responsabilità penalmente sanzionabili,

DICHIARA

di essere stato informato sulle indicazioni, controindicazioni ed eventuali effetti collaterali legati alla vaccinazione Antitetanica e, sotto la propria responsabilità, di **NON VOLER EFFETTUARE** la vaccinazione Antitetanica alla/al propria/o figlia/o _____

nata/o a _____ Prov. (_____) il _____

seppure informato dei rischi che tale rifiuto comporta.

Dichiara inoltre di assumersi l'impegno di comunicare alla Federazione CONI di riferimento tale rifiuto in sede di iscrizione.

Data _____._____.

Firma leggibile _____