

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:**

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

**2. ABITUDINI DI VITA DELL'ATLETA:**

<b>Dieta libera</b>	No	Sì	Dieta controllata:		
<b>Fumo</b>	No	Sì	Quante?	Da quanti anni?	
<b>Alcolici</b>	No	Sì	Quantità?	Dipendenza?	
<b>Fa uso abituale di farmaci</b>	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 \_\_\_\_\_