



Certificato di idoneità per attività sportive agonistiche a elevato impegno cardio-vascolare: richiesta di visita medico-sportiva

La società sportiva POLISPORTIVA NAZARENO A.S.D.

Via P.LE BOB MARLEY,7

e-mail info@polisportivanazareno.it

CHIEDE

► la visita medico-sportiva per l'atleta

(nome) | (cognome)

nato/a il | a | Prov.

Stato di nascita | codice fiscale

residente a | Prov. | CAP

Via | n.

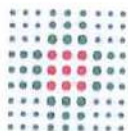
telefono (fisso o cellulare)

e-mail (facoltativo)

► per l'attività sportiva indicata

barrare UNA casella

	Disciplina sportiva	Prestazioni da prenotare	Codice di prenotazione
<input checked="" type="checkbox"/>	Atletica leggera, Calcio, Ciclismo, Nuoto, Pallacanestro, Pallavolo, Tennis. Altri sport di squadra: Badminton, Baseball, Beach volley, Canottaggio, Danza sportiva, Ginnastica, Ginnastica ritmica, Handball, Hockey (su pista, su prato e/o indoor, in linea, su ghiaccio), Mini baseball, Pallanuoto, Pentathlon, Rugby, Softball, Vela, Altri sport individuali: Aikido, Arbitri (qualsiasi disciplina), Bocce (prove veloci), Canoa canadese, Judo, Ju-jitsu, Karate, Kayak, Kung-fu, Lotta grecoromana, Motociclismo (enduro, motocross, trial), Nuoto pinnato, Nuoto salvamento, Nuoto sincronizzato, Scherma, Skateboard, Skiroll, Sollevamento pesi, Sport Equestri (attacchi, equitazione – cavalli, equitazione – pony, polo, voltaggio), Tennis Tavolo, Triathlon, Wushu, Wushu kung-fu taolu.	Visita medico-sportiva Tab. B1	MS00009
<input type="checkbox"/>	Biathlon, Pentathlon moderno.	Visita medico-sportiva Tab. B2 Esame audiometrico tonale Visita otorinolaringoiatrica	MS00010 OT00006 OT00001



	Disciplina sportiva	Prestazioni da prenotare	Codice di prenotazione
<input type="checkbox"/>	Pugilato – Wushu sanda full contact	Visita medico-sportiva Tab. B3 Elettroencefalogramma (prima visita) Visita neurologica Esame audiometrico tonale Visita otorinolaringoiatrica Visita oculistica	MS00011 NR00011 NR00001 OT00006 OT00001 OC00001
<input type="checkbox"/>	Sci alpino discesa libera, Sci combinata salto speciale	Visita medico-sportiva Tab. B4 Visita neurologica Elettroencefalogramma (prima visita)	MS00012 NR00001 NR00011
<input type="checkbox"/>	Slalom gigante e speciale	Visita medico-sportiva Tab. B5 Visita neurologica	MS00013 NR00001
<input type="checkbox"/>	Sport subacquei (apnea, immersione didattica, orientamento, sub con respiratore)	Visita medico-sportiva Tab. B6 Visita otorinolaringoiatrica	MS00014 OT00001

data

| firma e timbro della società sportiva

POLISPORTIVA NAZARENO A.S.D.
Piazzale Bob Marley, 1
41012 Carpi (MO)
Tel. 059680790
C.F. 90004520368
P.IVA 02307550364

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - INFORMAZIONI REGOLAMENTO (UE) 2016/679

Per avere informazioni sul trattamento e sulla tutela dei suoi dati personali, può leggere la pagina internet all'indirizzo www.ausl.mo.it/informativaprivacy



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena
Dipartimento Sanità Pubblica
U.O.C. Tutela della salute nelle attività sportive

ESAME URINE

COMPILARE IN STAMPATELLO

Revisione del 20/01/2021

Cognome e nome _____ data di nascita _____

Società Sportiva (timbro) _____ **POLISPORTIVA NAZARENO A.S.D.**

Piazzale Bob Marley, 1

41012 Carpi (MO)

tel. 059880790

Consegnare il presente modulo e la provetta con le urine (almeno 4 giorni lavorativi prima della data della visita medico sportiva) presso uno dei seguenti Centri Prelievi, nei giorni e negli orari indicati.

NOTA BENE: Come da disposizioni relative al protocollo COVID, la consegna della provetta va prenotata in farmacia.

SEDE	GIORNI	ORARIO	
Centro Prelievi di Bomporto	martedì - giovedì - sabato	7.00	9.00
Centro Prelievi di Campogalliano	martedì - mercoledì - giovedì - sabato	7.30	9.00
Centro Prelievi di Carpi	dal lunedì al sabato	8.30	9.30
Centro Prelievi di Castelnuovo	lunedì - mercoledì - giovedì	7.00	10.00
Centro Prelievi di Castelfranco	dal lunedì al sabato	7.00	10.00
Centro Prelievi di Castelvetro	martedì - venerdì	7.00	9.00
Centro Prelievi di Cavezzo	lunedì - mercoledì	7.00	9.00
Centro Prelievi di Concordia	martedì - giovedì - venerdì	7.00	9.00
Centro Prelievi di Fanano	lunedì - mercoledì - giovedì	7.30	9.30
Centro Prelievi di Finale Emilia	dal lunedì al sabato	7.00	9.00
Centro Prelievi di Formigine	dal lunedì al sabato	7.00	10.00
Centro Prelievi di Guiglia	mercoledì	7.00	9.00
Centro Prelievi di Mirandola	dal lunedì al sabato	7.15	9.00
Centro Prelievi di Modena - La Rotonda	dal lunedì al venerdì sabato	6.30 7.00	10.00 10.00
Centro Prelievi di Modena - Via Newton, 150	dal lunedì al sabato	7.00	10.00
Centro Prelievi di Montese	martedì - venerdì	7.00	8.30
Centro Prelievi di Nonantola	lunedì - mercoledì - venerdì	7.00	9.00
Centro Prelievi di Novi	dal lunedì al venerdì	7.00	9.00
Centro Prelievi di Pavullo	dal lunedì al venerdì sabato	7.00 7.00	10.00 8.30
Centro Prelievi di Pievpelago	lunedì, martedì, mercoledì e venerdì	7.30	9.00
Centro Prelievi di Rovereto	lunedì, martedì e giovedì	7.00	8.30
Centro Prelievi di San Felice	dal lunedì al venerdì	7.00	9.00
Centro Prelievi di Sassuolo	dal lunedì al sabato	7.00	10.00
Centro Prelievi di Serramazzoni	martedì, mercoledì, giovedì e venerdì	7.00	9.00
Centro Prelievi di Soliera	dal lunedì al sabato	7.00	8.30
Centro Prelievi di Spilamberto	martedì - giovedì - venerdì	7.00	9.00
Centro Prelievi di Vignola	dal lunedì al sabato	7.00	10.00
Centro Prelievi di Zocca	lunedì - giovedì	7.00	8.30

Si prega di verificare comunque giorni ed orari di ricevimento dei Centri Prelievi al seguente link

<http://www.ausl.mo.it/punti-prelievi>

U.O.C. Tutela della salute
nelle attività sportive
Viale dello Sport, 29 - 41122 Modena
T. +39.059.2134280 - F. +39.059.3963748
visitasportiva@ausl.mo.it

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena
Sede legale: Via S. Giovanni del Cantone, 23 - 41121 Modena
T. +39.059.435111 - F. +39.059.3963774 - www.ausl.mo.it
Partita IVA 02241850367

Esame chimico-fisico delle urine Istruzioni

N.B.: PROCURARSI IL CONTENITORE IDONEO PER LA RACCOLTA DEL MATERIALE BIOLOGICO: BARATTOLO STERILE TAPPO GIALLO CON ESTRATTORE E PROVETTA TAPPO BIANCO FONDO TONDO



Barattolo sterile tappo giallo



Provetta tappo bianco

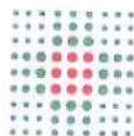
Preparazione: raccogliere il campione dopo il riposo notturno evitando attività fisica intensa e rapporti sessuali nella giornata precedente. Non raccogliere le urine durante il ciclo mestruale.

Raccolta: dopo avere lavato accuratamente le mani e i genitali esterni (con abbondante risciacquo), svitare il tappo in senso antiorario cercando di non toccare le superfici interne del contenitore e del coperchio. Scartare il primo getto di urina e raccogliere il successivo nel barattolo (riempire il contenitore di non più di 3/4 della sua capacità), richiudere e miscelare il campione prima del trasferimento in provetta. Sollevare parzialmente l'etichetta adesiva presente sul coperchio (non toglierla completamente), inserire la provetta senza togliere il tappo, esercitare e mantenere una moderata pressione sulla provetta ed attendere il completo riempimento (cessazione del flusso). Togliere la provetta e riposizionare accuratamente l'etichetta adesiva al coperchio. NB: per i bambini riempire almeno la metà della provetta.

Nel caso siano richiesti contemporaneamente vari esami sulle urine del mattino aspirare prima il campione per il chimico-fisico (provetta con tappo bianco da 10 ml) e poi quello o quelli per gli ulteriori esami (tappo giallo per urinocoltura, altra provetta con tappo bianco per test di gravidanza, tappo marrone per analiti di chimica: sodio, potassio, calcio, proteine, creatinina, albumina, amilasi, beta 2 microglobulina urine, altra provetta tappo marrone per Bence Jones, immunofissazione urine, elettroforesi proteine urine).

Scrivere su ogni provetta il proprio nome, cognome e data di nascita. Eliminare il barattolo per la raccolta diretta (che non deve essere consegnato al Centro Prelievi)

NB: Per tutti i casi in cui la raccolta delle urine non segue vie fisiologiche (catetere, stomia, sacchettino), il campione di urina andrà comunque trasferito nel barattolo con successivo utilizzo delle provette come sopra indicato.



Luogo e data della visita: _____

ACCERTAMENTO IDONEITÀ SPECIFICA ALLO SPORT

Cognome e Nome dell'atleta _____ nato/a a _____ () il _____

MALATTIE RIGUARDANTI LA FAMIGLIA

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

Malattie di cuore ☐ si ☐ no Ipertensione ☐ si ☐ no Diabete ☐ si ☐ no Morti improvvise ☐ si ☐ no

NOTIZIE RIGUARDANTI L'ATLETA

Malattie del passato e presenti

Morbillo	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Epatite virale	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Malattie dell'intestino	<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	Allergia	<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	Malattie della pelle	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Pertosse	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Polmonite	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Epilessia	<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	Diabete	<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	Vertigini	<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	Svenimenti	<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	Palpitazioni	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Piede piatto	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Malattie del 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 renali	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Fratture	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
TBC (tubercolosi)	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Traumi sportivi (distorsioni, strappi, contusioni ecc.)	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		

Interventi chirurgici e ricoveri ospedalieri eseguiti

Tonsille ☐ si ☐ no Adenoidi ☐ si ☐ no Ernia ☐ si ☐ no Appendicite ☐ si ☐ no

Altri interventi o ricoveri ospedalieri: _____

E' guarito completamente? ☐ si ☐ no disturbi rimasti: _____

Altre Informazioni

Sta facendo cure o terapie farmacologiche? ☐ si ☐ no quali o per quale motivo: _____

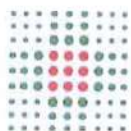
Ha mai eseguito i seguenti accertamenti cardiologici? ☐ ecocardiogramma ☐ holter cardiaco 24 h

Usa occhiali o lenti corneali? ☐ si ☐ no per quale difetto: _____

E' stato in cura con busti correttivi? ☐ si ☐ no Usa rialzo ad un piede? ☐ si ☐ no

Il sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilità che le notizie fornite nel questionario sono complete e veritiere. Dichiara di avere informato il medico delle proprie attuali condizioni psico-fisiche, delle affezioni precedenti e di non essere mai stato dichiarato non idoneo in precedenti visite medico-sportive agonistiche. Si impegna a non fare uso di droghe e sostanze dopanti. Dichiara di essere stato informato dei pericoli derivanti dal tabacco e dall'uso di alcool. Esprime, ai sensi della Legge sulla privacy (D. Lgs. 196/2003), il consenso a trattare i propri dati personali e sensibili per le finalità connesse alla richiesta di idoneità alla pratica sportiva agonistica, secondo le modalità di cui alla specifica normativa, incluso l'invio alla società sportiva richiedente la visita del certificato di idoneità/non idoneità sportiva agonistica.

Firma del dichiarante o, se minore, di un genitore



INFORMAZIONI IMPORTANTI

Come prenotare visite ed esami

I genitori degli atleti minorenni e gli atleti di età inferiore ai 40 anni possono prenotare in diversi modi:

- on line, tramite il Fascicolo Sanitario Elettronico
- per telefono, al numero 800 239123
- di persona, nelle farmacie di Modena e provincia e nei corner salute di diversi ipermercati e supermercati Coop Alleanza 3.0 di Modena e provincia

Gli atleti di età superiore ai 40 anni e gli atleti con disabilità possono prenotare in diversi modi:

- per telefono, ai numeri 059 2134280 (atleti di età superiore ai 40 anni) o 059 2134288 (atleti con disabilità)
- per posta elettronica, agli indirizzi visitasportiva@ausl.mo.it (atleti di età superiore ai 40 anni) o disabilimsport@ausl.mo.it (atleti con disabilità).

Atleti minorenni

Il minore deve essere sempre accompagnato alla visita medico sportiva da un genitore o da un'altra persona delegata.

Cosa portare al momento della visita

Deve portare i referti delle visite e degli esami richiesti (compreso l'esame delle urine).

Per l'esame delle urine, l'atleta deve seguire le indicazioni presenti nel foglio timbrato che ha ricevuto dalla società sportiva insieme alla richiesta della visita o leggere la pagina internet

www.ausl.mo.it/dsp/urinesport

Tariffe

La visita medica per l'idoneità sportiva ha un costo, stabilito dalla Regione Emilia Romagna, che si differenzia in base all'età degli atleti:

- 45 euro, per gli atleti dai 18 ai 40 anni
- 60 euro, per gli atleti con più di 40 anni.

La visita è gratuita per gli atleti minorenni o con disabilità.

Dove e come pagare

Le informazioni sulle modalità di pagamento sono indicate in allegato alla prenotazione della visita.