

# ISTRUZIONI VISITA MEDICO SPORTIVA

## Per quali atleti è obbligatoria

La visita medico sportiva sotto sforzo è obbligatoria per tutti gli atleti a partire dal compimento dell'8° anno di età.

Per tutti gli altri è sufficiente la certificazione del medico di base (ECG a riposo).

## Cosa occorre fare

Se l'atleta è minorenne è possibile prenotare una visita medico sportiva gratuita seguendo le seguenti istruzioni:

1. Prenotare la visita presso gli sportelli CUP dell'Azienda USL di Reggio Emilia e dell'Arcispedale S. Maria Nuova presentando il modulo "RICHIESTA DI CERTIFICATO PER IDONEITA' SPORTIVA AGONISTICA" allegato.

In alternativa è possibile prenotare la visita tramite servizio web dal Fascicolo Sanitario Elettronico: [www.cupweb.it](http://www.cupweb.it).

2. Effettuare l'esame delle urine seguendo le istruzioni del modulo "Richiesta di esame urine completo per idoneità sportiva agonistica" in allegato e consegnando il campione nei centri di raccolta indicati.

La provetta per il campione di urine è reperibile in farmacia. Vi consigliamo di effettuare l'esame almeno 10 giorni prima della visita.

3. Presentarsi all'appuntamento accompagnati da un genitore o un delegato con il modulo "AUTODICHIARAZIONE DATI SANITARI, CONSENSO INFORMATO" in allegato compilato e tutti i documenti richiesti.

Se l'atleta è maggiorenne la visita medico sportiva è a pagamento ed è possibile prenotarla in un qualsiasi centro privato.

Il certificato deve essere obbligatoriamente consegnato alla segreteria Gymnastx **in originale** per poter svolgere qualsiasi attività sportiva.

Il certificato ha una validità di 12 mesi e deve essere rinnovato entro la scadenza.

La nuova visita non può essere effettuata prima di due mesi dalla scadenza della vecchia. Vi raccomandiamo di verificare la scadenza e di prenotare per tempo.

## Return to Play

Stando all'attuale normativa, la ripresa dell'attività sportiva agonistica post-COVID19 dipende da una visita di controllo.

Se un minorenne, hai avuto il COVID19 e hai fatto la visita agonistica in uno degli ambulatori dell'Azienda USL di Reggio Emilia, deve richiedere al medico curante un'impegnativa per visita medicina dello sport, specificando nel quesito diagnostico "Valutazione post Covid-19 protocollo Return to Play" - codice di esenzione I01.

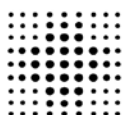
La visita va effettuata trascorsi 7 giorni dalla chiusura dell'isolamento o dalla data dell'ultimo tampone negativo se l'atleta è vaccinato con ciclo completo o 14 giorni se non vaccinato. Non è necessario eseguire l'esame delle urine.

Per prenotare la visita Return to Play, compila il modulo online e ti contatteranno per concordare un appuntamento.

Per accorciare i tempi è sempre possibile rivolgersi ad un qualsiasi centro privato, in questo caso la visita è a carico della famiglia. Nel caso, vi segnaliamo che siamo convenzionati con CTR.

Ricordiamo infine che la visita medico sportiva è uno strumento utile ed approfondito per valutare la propria salute!

Gymnastx ssd srl



MO08

## **RICHIESTA DI CERTIFICATO PER IDONEITÀ SPORTIVA AGONISTICA:**

(DM 18/02/1982 e DGR Emilia Romagna 775/2004 e s.m.i.)

**da compilare a cura della Società Sportiva**

La Società Sportiva **GYMNASTX SSD SRL**

Cod Fiscale **91138360358**

Con sede sociale in via **F.LLI CERVI**

n° **27 A/B/C/D**

Città **REGGIO EMILIA**

Prov. **RE**

Telefono **340 0999602**

Fax email **INFO@GYMNASTX.IT**

Affiliato alla Federazione

CONI/Ente Promozionale (*specificare cosa e numero*) **Registro Coni n. 54500 - F.G.I n. 2563 - C.S.I. n. 04200350 - F.I.S.A.C. n. 54**

Nella persona del Presidente / legale rappresentate pro-tempore **BALCEREK CRISTINA VITTORIA**

Consapevole delle sanzioni previste in caso di dichiarazioni non veritiere e/o di falsità negli atti (DPR 445/2000 e s.m.i.):

### **CHIEDE la Visita Medico Sportiva per idoneità alla pratica AGONISTICA**

per l'atleta (*cognome*)

(*nome*)

nato il a

Prov.

Residente a

Prov.

CAP

### **SPECIFICARE LO SPORT AGONISTICO PER CUI SI RICHIEDE LA VISITA:**

**GINASTICA RITMICA/ARTISTICA/ACROBATICA**

età MINIMA prevista dalle norme Federali, anni **8** anagrafica solare

**(Circ Min Salute prot. 6750-P15/11/2012 e Cons. Sup. Sanità sessione XLVIII del 25/09/2012 e s.m.i.)**

ed il conseguente rilascio/aggiornamento del "libretto Sanitario dello Sportivo" (DGR 775/2004 e s.m.i.).

PRIMA AFFILIAZIONE

RINNOVO

Il Presidente dichiara di aver consegnato copia del modulo di "**Consenso Informato – Autodichiarazione**" ed il kit per l'esecuzione dell'**esame urine** all'atleta maggiorenne o al genitore o esercente la responsabilità genitoriale dell'atleta minorenne per **la presa visione e compilazione** prima della visita.

**PER LA VISITA SI RICORDA:** tuta da ginnastica, top per le ragazze anche se piccole, scarpe da ginnastica, ecc.

**IL PRESENTE MODULO, CORRETTAMENTE COMPILATO, FIRMATO E TIMBRATO È  
INDISPENSABILE PER L'ACCESSO ALLA PRESTAZIONE.**

data,

**La Società Sportiva di appartenenza**

(timbro e firma del Presidente)

**Gymnastx**

*Uscita della ginnasta*

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI – GDPR UE 2016/679 (General Data Protection Regulation). Per avere informazioni sul trattamento e sulla tutela dei suoi dati personali, può leggere la pagina internet all'indirizzo <http://www.ausl.re.it/privacy>



## INFORMAZIONI IMPORTANTI

### Come prenotare visite ed esami

I genitori degli **atleti minorenni** possono prenotare:

- online dal proprio Fascicolo Sanitario Elettronico
- Servizio di prenotazione telefonica CUPTel 800 425036
- di persona agli sportelli CUP e Polifunzionali ASMN dell'Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia

Gli **atleti maggiorenni** possono prenotare:

- per telefono, al numero 0522 335777, dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 17.30
- di persona agli sportelli CUP aziendali e nelle Farmacie Comunali Riunite -FCR- abilitate

Gli **atleti con disabilità** possono prenotare:

- per telefono, al numero 0522 335796, il giovedì dalle ore 08.30 alle 12.00
- per posta elettronica, all'indirizzo [info.medicinasport@ausl.re.it](mailto:info.medicinasport@ausl.re.it)

### Atleti minorenni

**IMPORTANTE:** Il minore **deve essere sempre accompagnato alla visita medico sportiva dal genitore o dall'esercente la responsabilità genitoriale (tutore legale); in caso contrario NON sarà possibile effettuare la visita.**

### Abbigliamento/Alimentazione

È necessario un abbigliamento adeguato: tuta da ginnastica, top per le ragazze (anche se molto piccole), pantaloncini, scarpe da ginnastica. **Prima della visita si consiglia:** un pasto leggero, non presentarsi a digiuno, evitare le bevande alcoliche, thè, caffè, cola, ecc.

**Per l'esecuzione della visita è necessario essere in buona salute; la prova da sforzo non potrà essere eseguita nel caso in cui l'atleta presenti febbre, esiti di infortuni recenti ecc.**

### Cosa portare al momento della visita

- tessera sanitaria (TS con codice fiscale di plastica, colore blu);
- libretto sanitario dello sportivo
- documento d'identità valido (Carta d'Identità);
- questionario e consensi informati compilati e sottoscritti dal genitore, ricevuti dalla Società Sportiva
- referti delle visite e degli esami richiesti;
- l'**esame urine** che deve essere effettuato prima della visita d'idoneità sportiva agonistica (dal giorno prima a non più di 60 giorni prima) seguendo le indicazioni riportate sul foglio che ha ricevuto con la provetta dalla Società Sportiva.
- la presente richiesta di visita medico sportiva rilasciata dalla Società Sportiva

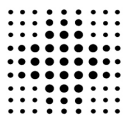
### Tariffe

La Regione Emilia-Romagna riconosce la gratuità della visita per idoneità sportiva agonistica agli atleti minorenni e per gli atleti disabili di ogni età.

### Pagamento

Si ricorda che prima di accedere a una qualsiasi prestazione sanitaria fornita dall'Azienda USL-IRCCS è obbligatorio avere pagato il ticket corrispondente.

Le modalità di pagamento, per gli atleti maggiorenni sono indicate sul foglio della prenotazione.



**VISITA ED ACCERTAMENTI PER IDONEITA' AGONISTICA SPORTIVA PER MINORENNE:**  
**AUTODICHIARAZIONE DATI SANITARI, CONSENSO INFORMATO.**

**Si raccomandano la lettura, la compilazione e la firma in ogni parte in cui è richiesta (totale fogli 4).**

Io sottoscritto/a

C. Fiscale

**GENITORE o ESERCENTE LA RESPONSABILITA' genitoriale DELL'ATLETA**

nato a

Prov

il

**Telefono/cell (del genitore o esercente la responsabilità)**

**Istruzioni per la compilazione: barrare con una X il NO o il SI a tutte le domande**  
**In caso di dubbi nelle risposte saranno forniti chiarimenti da parte del medico al momento della visita**

È questa la prima visita di idoneità agonistica?	NO SI	Ha fatto la visita di idoneità agonistica presso altri centri?	NO SI	È mai risultato NON idoneo?	NO SI
				Perché? .....	

**adottato/in affido** NO SI, se sì a che età? .....

**1) Informazioni sanitarie sulla famiglia:** riguardo a genitori, zii, nonni, fratelli, sorelle dell'atleta che sono stati affetti o sono affetti dalle seguenti malattie:

**I DATI SONO VARIATI RISPETTO LA VISITA PRECEDENTE ? NO SI**

Malattie cuore: NO SI	Pressione alta NO SI	Ictus NO SI	Altro NO SI
Chi? .....	Chi? .....	Chi? .....	Chi? .....
Aritmie NO SI	Colesterolo alto NO SI	Problemi renali NO SI	Morti improvvise NO SI
Chi? .....	Chi? .....	Chi? .....	Chi e a che età? .....
Infarto NO SI	Diabete NO SI	Problemi tiroide NO SI	
Chi? .....	Chi? .....	Chi? .....	
Altro NO SI			

**2) Raccolta dati fisiologici riguardanti l'atleta:**

**I DATI SONO VARIATI RISPETTO LA VISITA PRECEDENTE ? NO SI**

Nato da parto: normale NO SI cesareo NO SI gemellare NO SI complicato NO SI prematuro NO SI	Età primo ciclo mestruale: anni? .....	Esegue annualmente bilancio della salute dal medico curante? NO SI
---	--	--

**3) Informazioni sulle abitudini dell'atleta**

Fumo NO SI num.sig./die.....	Usa integratori NO SI	Bevanda/e principale della giornata
Alcol NO SI	<input type="checkbox"/> vitaminici <input type="checkbox"/> salini <input type="checkbox"/> proteici	<input type="checkbox"/> Acqua <input type="checkbox"/> bevande gassate/dolci; <input type="checkbox"/> Energy drink
<input type="checkbox"/> occasionale <input type="checkbox"/> moderato <input type="checkbox"/> spesso	<input type="checkbox"/> Altro .....	<input type="checkbox"/> Altro .....
Fa colazione NO SI	Mangia frutta/verdura NO SI	Ore attività sportiva organizzata settimana
<input type="checkbox"/> bevanda (anche yogurth)	Porzioni al giorno	<input type="checkbox"/> 0-4 <input type="checkbox"/> 6-8 <input type="checkbox"/> 8-12 <input type="checkbox"/> più di 12
<input type="checkbox"/> bevanda + prod. forno	<input type="checkbox"/> 0-1 <input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 2-3 <input type="checkbox"/> 3-4 <input type="checkbox"/> 4-5	Ore attività fisica libera settimana
<input type="checkbox"/> bevanda + prod. forno + frutto		<input type="checkbox"/> 0-3 <input type="checkbox"/> 3-6 <input type="checkbox"/> più di 6

**4) Raccolta dati patologici riguardanti l'atleta:**

**I DATI SONO VARIATI RISPETTO LA VISITA PRECEDENTE ? NO SI**

Ha eseguito le vaccinazioni obbligatorie? Eventualmente ha avuto:	Malattie di cuore: NO SI	Apparato respiratorio: NO SI	Manifestazioni anomale durante attività sportiva NO SI
Varicella NO SI	Soffio NO SI	Tonsilliti NO SI	Mancanza di respiro NO SI
Parotite (orecchioni) NO SI	Valvole NO SI	Sinusiti NO SI	Dolore al petto NO SI
Mononucleosi NO SI	Aritmie NO SI	Bronchiti NO SI	Palpitazioni NO SI
a che età? .....	Miocardite NO SI	Polmoniti NO SI	Vertigini NO SI
Altro .....	Altro .....	Asma da sforzo NO SI	Altro .....
		Asma allergico NO SI	

Malattie intestino:	NO	SI	Malattie di rene:	NO	SI	ALLERGIA	NO	SI	Apparato locomotore: Scoliosi Dorso Curvo Piede piatto Piede cavo Altro _____
Fegato	NO	SI	Sangue nelle urine	NO	SI	Allergia cutanea	NO	SI	
Epatiti, quali:			Proteine nelle urine	NO	SI	Allergia respiratoria	NO	SI	
A NO SI, B NO SI, C NO SI			Altro	NO	SI	shock allergico	NO	SI	
Salmonellosi	NO	SI	_____			Anemia	NO	SI	
M. Celiaco	NO	SI	_____			Malattie tiroide	NO	SI	Problemi orecchio: Otiti Riduzione udito Sordità Altro _____
Gastrite	NO	SI	_____			Diabete	NO	SI	
Apparato neurologico:			Ha eseguito una visita oculistica recente	NO	SI	Febbre reumatica	NO	SI	
Mal di testa	NO	SI	Problemi agli occhi:	NO	SI	Artrite Reumatoide	NO	SI	
Convulsioni	NO	SI	Miopia	NO	SI	Difficoltà visione dei colori	NO	SI	
Epilessia	NO	SI	Ipermetropia	NO	SI	colore verde	NO	SI	quali ? _____ _____ _____ _____
Trauma cranico	NO	SI	Astigmatismo	NO	SI	colore rosso	NO	SI	
Altro _____			Strabismo	NO	SI	colore blu	NO	SI	
Ricoveri per interventi chirurgici	NO	SI	Adenoidi	NO	SI	Altri interventi	NO	SI	
			Tonsille	NO	SI				
			Appendicite	NO	SI				
			Ernia inguinale	NO	SI				
Ha avuto traumi?	NO	SI	Distorsioni	NO	SI	SI cosa? _____			
			Fratture	NO	SI	SI cosa? _____			
			Lesioni muscolari	NO	SI	SI cosa? _____			
			Lesioni a legamenti e/o menischi	NO	SI	SI cosa? _____			
Sta assumendo farmaci?	NO	SI	Quali e per quale motivo _____ _____						
E mai stato sottoposto a questi accertamenti e per quale motivo?:	NO	SI	Ecografia cardiaca? _____ Holter cardiaco 24 ore? _____						
Spazio riservato ad altre comunicazioni o precisazioni sui precedenti			_____ _____ _____						

### Ho compilato quanto sopra e DICHIARO:

di **AVER INFORMATO correttamente** il medico delle condizioni psico-fisiche attuali e delle malattie precedenti del minore e che lo stesso non è mai stato dichiarato NON idoneo in precedenti visite medico sportive di legge. Inoltre mi impegno, come esercente la responsabilità genitoriale dell'atleta, a non fargli/le fare uso di droghe riconosciute illegali e prendo atto dei rischi derivanti dal fumo di tabacco e dall'abuso di alcol.

**Data**

**Firma del genitore o esercente responsabilità genitoriale** \_\_\_\_\_



## CONSENSO INFORMATO

### INFORMAZIONI SULLE MODALITA' DELLA VISITA E DEGLI ACCERTAMENTI PER IDONEITÀ ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ SPORTIVA AGONISTICA:

Durante la visita, oltre al raccordo anamnestico, saranno effettuate: la visita medica con esame obiettivo e rilevazione della pressione arteriosa, misurazioni antropometriche (peso, altezza, ...), controllo esame urine per presa visione, un ECG a riposo ed eventualmente un test spirometrico.

**Per le discipline sportive agonistiche previste nella Tab. B, la normativa prevede il test da sforzo che valuta l'apparato cardiovascolare, per la riduzione del rischio di morte improvvisa.**

Tecnicamente il test da sforzo viene eseguito tramite monitoraggio continuo del cuore (telemetria) utilizzando lo step test o il tapis roulant o il cicloergometro o il cicloergometro a manovella, con valutazione nella fase di recupero dopo lo sforzo.

Il test da sforzo è nella grandissima maggioranza dei casi un test sicuro. Può essere seguito da lievi disturbi transitori (malessere, debolezza, crampi alle gambe, dolore toracico). Dagli studi scientifici eseguiti risulta l'eventualità assolutamente eccezionale di morte improvvisa. Viene riportata una frequenza di circa un caso ogni 80.000 esami (*GH Kimberly, 2014*). Rispetto a questo dato, la sicurezza dell'attività svolta nei nostri centri è ancora maggiore, perché il test viene eseguito soltanto al termine di un'accurata visita medica e dopo l' ECG a riposo. Inoltre, Il medico è sempre presente ed il personale ha a disposizione le opportune attrezzature per l'emergenza.

#### DICHIARO:

- di ESSERE STATO INFORMATO in modo chiaro ed a me comprensibile, a voce e per iscritto, sullo svolgimento e sui rischi della visita medico sportiva (D.M. 18/02/1982 e DGR 775/2004 e succ. int.) e i relativi accertamenti;
- di AVERE OTTENUTO RISPOSTE E SPIEGAZIONI CHE HO BEN COMPRESO ad eventuali richieste di chiarimenti;

**Pertanto, in accordo con l'altro genitore da me consultato, consapevolmente**

**ACCONSENTO**

**NON\_ACCONSENTO**

(barrare con una x la voce che interessa)

**alla visita ed ai relativi accertamenti.**

Data

**Firma del genitore o esercente responsabilità genitoriale** \_\_\_\_\_

**Firma e timbro del MEDICO CHE ACQUISISCE IL CONSENSO** \_\_\_\_\_



## CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

Per le finalità connesse alla richiesta di idoneità alla pratica sportiva agonistica, informato e secondo le modalità di cui alla specifica normativa in materia, secondo il GDPR UE 2016/679 (General Data Protection Regulation), autorizzo i Sanitari dell'Unità Operativa Medicina dello Sport dell'AUSL di Reggio Emilia a trattare ed archiviare i dati personali, compresi quelli relativi alla mia visita di idoneità, ad utilizzare lo strumento Data Warehouse Clinico dal quale risalire alla banca dati sanitaria della Azienda USL di Reggio Emilia, utili alla valutazione di idoneità sportiva agonistica, da me richiesta.

Il titolare del trattamento è il Responsabile di Unità Operativa Dott. Gianni Zobbi. L'informativa completa sul trattamento dei dati personali e sensibili da parte dell'Azienda USL di Reggio Emilia è disponibile sulla pagina internet all'indirizzo <http://www.ausl.re.it/privacy>

Data \_\_\_\_\_

Firma del genitore o esercente responsabilità genitoriale \_\_\_\_\_

I dati personali e sanitari raccolti in occasione della visita di medicina dello sport, potranno essere utilizzati, rigorosamente in forma anonima, a fini statistici, scientifici e di ricerca.

**Pertanto, in accordo con l'altro genitore da me consultato, consapevolmente**

**ACCONSENTO**

**NON ACCONSENTO**

(barrare con una x la voce che interessa)

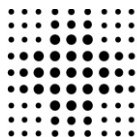
Data \_\_\_\_\_

Firma del genitore o esercente responsabilità genitoriale \_\_\_\_\_

**IL PRESENTE MODULO DEVE ESSERE CONSEGNATO COMPILATO E FIRMATO DAL GENITORE  
O DALL'ESERCENTE LA RESPONSABILITA' GENITORIALE.**

**I MINORI VENGONO VISITATI ESCLUSIVAMENTE IN PRESENZA DEL GENITORE  
O DELL'ESERCENTE LA RESPONSABILITA' GENITORIALE.**

**IN ASSENZA DEL GENITORE O DELL'ESERCENTE LA RESPONSABILITA' GENITORIALE  
O DELLA MODULISTICA COMPLETA NON SARA' POSSIBILE EFFETTUARE LA VISITA.**



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA**  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia  
IRCCS Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia



Dipartimento di Sanità Pubblica  
Servizio Igiene e Sanità Pubblica  
Unità Operativa Medicina dello Sport e  
Prevenzione Cardiovascolare  
Direttore - Dr. Gianni Zobbi

MO07

Richiesta di esame urine completo per idoneità sportiva agonistica

**PER ACCETTAZIONE e CONSEGNA CAMPIONE URINE:**  
(Compilare in STAMPATELLO con i dati dell'atleta)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

C. F. \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_ Sesso M ☐ F ☐

**INDICAZIONI IMPORTANTI:**

**1. INFORMATI PER LE MODALITÀ DI CONSEGNA NEL CENTRO PRELIEVI CHE HAI SCELTO**

URP DISTRETTUALI			
REGGIO EMILIA	0522 335168	CASTELNOVO NE' MONTI	0522 617328
CORREGGIO	0522 630211	GUASTALLA	0522 837344
MONTECCHIO	0522 860205	SCANDIANO	0522 850400

**2. CONSEGNA** la provetta di urine, accompagnata da questa richiesta, presso uno dei seguenti **CENTRI PRELIEVI**

CENTRI PRELIEVI			
REGGIO EMILIA ARCISPEDALE S MARIA NUOVA	V.le Risorgimento, 80	MONTECCHIO OSPEDALE FRANCHINI	Via Barilla, 16
BRESCELLO POLIAMBULATORI	Via Cisa Ligure (ex Ospedale)	NOVELLARA CASA DELLA SALUTE	Via della Costituzione, 12
CASTELNOVO SOTTO POLIAMBULATORI	Via D. Alighieri, 3/B	PUIANELLO CASA DELLA SALUTE	Via Amendola, 1
CORREGGIO PALAZZINA EX INAM	Via Circondaria, 26	SCANDIANO OSPEDALE MAGATI	Via Martiri della Libertà, 6
GUASTALLA OSPEDALE CIVILE	Via Donatori di Sangue, 1	CASTELNOVO NE' MONTI OSPEDALE S. ANNA	Sala Centro Prelievi Via Roma, 2

**3. Consegna le urine almeno QUALCHE GIORNO PRIMA DELLA VISITA MEDICA**

**4. Per l'esatta esecuzione del test deve essere raccolta la prima urina del mattino** immediatamente dopo il risveglio (*mitto intermedio*, cioè evitando di raccogliere il getto iniziale e finale di urina), **A DISTANZA DI ALMENO 24 ORE DA UNO SFORZO FISICO (allenamento, gara, ginnastica)** perché qualunque attività fisica può alterare i dati.

**5. Per le atlete è importante fare l'esame almeno 7 - 10 giorni dalla fine del ciclo mestruale.**

**NOTE PER L'UFFICIO ACCETTAZIONE del Centro Prelievi:**

• Contratto: S

• Codice di provenienza:



Reggio Emilia 1138	Correggio 1207
Guastalla 1205	Montecchio 1138
Castelnovo Monti 1138	Scandiano 1138