

# 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'11° anno di età.**

Per gli atleti che partecipano a campionati FGI (ritmica agonistica) o campionati FISAC (acrobatica agonistica) l'obbligo scatta al 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 minorenni** 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.

Gymnastx è convenzionata con il centro 3C Salute:  
Largo Gerra 2, Reggio Emilia  
tel: 0522-1753010  
email: [info@3csalute.it](mailto:info@3csalute.it)

**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.

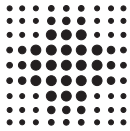
Vi raccomandiamo di verificare la scadenza e di prenotare per tempo.

## Consigli utili

- Evitare di andare alla visita digiuni ma neanche dopo un'abbuffata!
- Coca Cola, thé, caffè e altre sostanze possono causare aritmie e compromettere la visita.
- Presentarsi alla visita con un abbigliamento sportivo.
- Nel caso di impossibilità a recarsi alla visita prenotata (malattia, imprevisti dell'ultimo minuto, ritardi, dimenticanza, varie ed eventuali...), consigliamo di avvisare il centro di Medicina Sportiva per verificare se è possibile spostare l'appuntamento o se è necessario prenotarne uno nuovo.
- Per accorciare i tempi è sempre possibile rivolgersi ad un qualsiasi centro privato, in questo caso la visita è a carico della famiglia.

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

Gymnastx a.s.d.



**RICHIESTA DI CERTIFICATO PER IDONEITA' 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 ASD  
Cod Fiscale 91138360358 Con sede sociale in via F.LLI CERVI n° 27 A/B  
Città REGGIO NELL'EMILIA Prov. RE Telefono 340 0999602  
Fax \_\_\_\_\_ email info@gymnastx.it Affiliato alla Federazione  
CONI/Ente Promozionale (specificare cosa e numero) FGI n. 2563 CSI n. 04200350 FISAC 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:**

GINNASTICA

età MINIMA prevista dalle norme Federali, anni <sup>8</sup>  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 minorenni per la presa visione e compilazione prima della visita.

**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]**

*Balcerek Cristina Vittoria*

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALE – INFORMATIVA D.LGS 196/2003. ART. 13

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 in 2 modi:

- tramite i servizi web dal Fascicolo Sanitario Elettronico
- di persona agli sportelli CUP dell'Azienda USL di Reggio Emilia e dell'Arcispedale S. Maria Nuova

Gli **atleti maggiorenni** e gli **atleti con disabilità** possono prenotare in 5 modi:

- per telefono, al numero 0522-295903 atleti maggiorenni
- per telefono, al numero 0522-335796 solo per atleti disabili, il giovedì dalle ore 08.30 alle 12.00
- per la sede di Castelnuovo né Monti al numero 0522-617119, il sabato dalle ore 09.00 alle 13.00
- per le sedi di Guastalla e Correggio al numero 0522-335734, martedì e giovedì dalle ore 14.00 alle 17.00
- per posta elettronica, all'indirizzo [info.medicinasport@ausl.re.it](mailto:info.medicinasport@ausl.re.it)

### Atleti minorenni

Il minore deve essere sempre accompagnato alla visita medico sportiva dal genitore o da dall'esercente la responsabilità genitoriale

### 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 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.

### 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 €, per gli atleti sino ai 40 anni;
- 60 €, per gli atleti con più di 40 anni

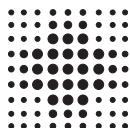
**La Regione Emilia-Romagna riconosce la gratuita della visita per idoneità sportiva agonistica agli atleti minorenni o con disabilità**

### Dove e come pagare

Si ricorda che prima di accedere a una qualsiasi prestazione sanitaria fornita dall'Azienda US/ASMN è obbligatorio avere pagato il ticket corrispondente.

In ogni caso, la ricevuta cartacea o fattura di pagamento va presentata al servizio erogatore al momento della prestazione.

- alle riscuotitrici automatiche nelle diverse sedi di Distretto, per contanti, bancomat o carta di credito.
- In sede U.O. Medicina dello Sport solo con carta di credito o bancomat
- con carta di credito, utilizzando il sistema informatico **Pagonline**: [www.pagonlinesanita.it](http://www.pagonlinesanita.it)
- in contanti o con bancomat e carta di credito presso le tabaccherie abilitate (elenco sul sito <https://www.bancaitb.it/>) - commissione pagamento 2€
- online con internet banking tramite il circuito C-BILL (vedi indicazioni <http://www.cbill.it/>)
- dagli sportelli bancomat ATM aderenti al circuito C-BILL



**U.O. Medicina dello Sport AUSL Reggio Emilia**  
**Richiesta di esame urine completo per idoneità sportiva agonistica (cod.esenzione I01)**

**PER ACCETTAZIONE e CONSEGNA CAMPIONE:**  
**(Compilare il presente modulo da parte dell'atleta)**

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

C. F. \_\_\_\_\_

Data di nascita (g/m/a.) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ sesso  M  F (barrare)

**IMPORTANTE**

**Scrivere sulla provetta in STAMPATELLO: Nome, Cognome, Codice Fiscale, data di nascita. Consegnare le urine almeno una settimana prima della visita medica.**

**Per l'esatta esecuzione del test deve essere raccolta la prima urina del mattino, immediatamente dopo il risveglio a distanza di almeno 24 ore da uno sforzo (allenamento, gara), poiché qualunque attività fisica può alterare i dati.**

**Per le atlete è importante fare l'esame lontano dal ciclo mestruale (almeno 7 – 10 giorni dal termine).**

**PER ORARI E MODALITÀ DI ACCESSO AI CENTRI PRELIEVI CONTATTARE:**

URP Reggio Emilia 0522- 335869	URP Scandiano 0522- 850400	URP Montecchio Emilia 0522-860205
URP Guastalla 0522- 837344	URP Correggio 0522-630111	URP- Castelnovo ne' Monti 0522 617328

**La provetta di urine e la presente richiesta, seguendo le modalità proprie di ogni Punto Prelievi, possono essere consegnate presso:**

<b>REGGIO EMILIA</b>	Centro Prelievi c/o Casa Salute v. Brigata Reggio 22	<b>LUZZARA *</b>	Via Filippini, 65
<b>PUIANELLO</b>	Centro Prelievi c/o Casa Salute Via Amendola 1	<b>CORREGGIO *</b>	Centro Prelievi Via Carletti, 2
<b>SCANDIANO OSP. MAGATI</b>	Accettazione Laboratorio Via Martiri della Libertà, 6	<b>FABBRICO *</b>	Centro Prelievi Via XXV Aprile, 34/A
<b>MONTECCHIO OSP. FRANCHINI</b>	Accettazione Laboratorio Via Barilla 16	<b>POVIGLIO *</b>	CUP - Centro Prelievi Via Roma
<b>GUASTALLA * OSP. CIVILE</b>	Accettazione Laboratorio via Donatori di Sangue	<b>REGGIOLO *</b>	CUP - Centro Prelievi Via Roma 23
<b>BRESCELLO *</b>	c/o Poliamb. di Brescello, via Cisa Ligure (ex Ospedale)	<b>CASTELNOVO NE' MONTI</b>	Osp. S. Anna Accettazione Laboratorio Via Roma, 2
<b>NOVELLARA *</b>	Casa della Salute di Novellara, via della Costituzione 12	<b>CASTELNOVO * SOTTO</b>	Via Conciliazione, 16
<b>S.VITTORIA - GUALTIERI *</b>	c/o AVIS Palazzo Greppi (1° piano)		<b>URP 0522-339711</b>

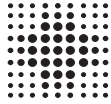
\* **IMPORTANTE:** IN QUESTI CENTRI È INDISPENSABILE FARE L'ACCETTAZIONE PRIMA DELLA CONSEGNA DEL CAMPIONE

Il Responsabile della U. O. Medicina dello Sport AUSL RE  
*dott. Gianni Zoppi*

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

- Inserire il codice esame (ECU ) e il codice richiedente 6650.
- Apporre il timbro del C. Prelievi presso cui è stato accettato il campione.
- Applicare a lato un'etichetta con il codice a barre.

Modificato il 18 aprile 2017



**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 Chi?	Pressione alta NO SI Chi?	Ictus NO SI Chi?	Altro NO SI Chi?
Aritmie NO SI Chi?	Colesterolo alto NO SI Chi?	Problemi renali NO SI Chi?	Morti improvvise NO SI Chi e a che età?
Infarto NO SI Chi?	Diabete NO SI Chi?	Problemi tiroide NO SI 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 complicato NO SI	gemellare 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..... Alcol NO SI <input type="checkbox"/> occasionale <input type="checkbox"/> moderato <input type="checkbox"/> spesso	Usa integratori NO SI <input type="checkbox"/> vitaminici <input type="checkbox"/> salini <input type="checkbox"/> proteici <input type="checkbox"/> Altro .....	Bevanda/e principale della giornata <input type="checkbox"/> Acqua <input type="checkbox"/> bevande gassate/dolci; <input type="checkbox"/> Energy drink <input type="checkbox"/> Altro .....
Fa colazione NO SI <input type="checkbox"/> bevanda (anche yogurth) <input type="checkbox"/> bevanda + prod. forno <input type="checkbox"/> bevanda + prod. forno + frutto	Mangia frutta/verdura NO SI Porzioni al giorno <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 sportiva organizzata settimana <input type="checkbox"/> 0-4 <input type="checkbox"/> 6-8 <input type="checkbox"/> 8-12 <input type="checkbox"/> più di 12 Ore attività fisica libera settimana <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? NO SI Eventualmente ha avuto: Varicella NO SI Parotite (orecchioni) NO SI Mononucleosi NO SI a che età? _____ Altro _____	Malattie di cuore: NO SI Soffio NO SI Valvole NO SI Aritmie NO SI Miocardite NO SI Altro _____	Apparato respiratorio: NO SI Tonsilliti NO SI Sinusiti NO SI Bronchiti NO SI Polmoniti NO SI Asma da sforzo NO SI Asma allergico NO SI	Manifestazioni anomale durante attività sportiva NO SI Mancanza di respiro NO SI Dolore al petto NO SI Palpitazioni NO SI Vertigini NO SI Altro _____
---	---	--	--

Malattie intestino: Fegato Epatiti , quali: <b>A</b> NO SI , <b>B</b> NO SI , <b>C</b> NO SI Salmonellosi M. Celiaco Gastrite	NO SI NO SI NO SI NO SI NO SI NO SI	Malattie di rene: Sangue nelle urine Proteine nelle urine Altro	NO SI NO SI NO SI NO SI	ALLERGIA Allergia cutanea Allergia respiratoria shock allergico Anemia Malattie tiroide Diabete	NO SI NO SI NO SI NO SI NO SI NO SI NO SI	Apparato locomotore: Scoliosi Dorso Curvo Piede piatto Piede cavo Altro _____	NO SI NO SI NO SI NO SI
Apparato neurologico: Mal di testa Convulsioni Epilessia Trauma cranico Altro _____	NO SI NO SI NO SI NO SI NO SI	Ha eseguito una visita oculistica recente Problemi agli occhi: Miopia Ipermetropia Astigmatismo Strabismo	NO SI NO SI NO SI NO SI NO SI	Febbre reumatica Artrite Reumatoide Difficoltà visione dei colori colore verde colore rosso colore blu	NO SI NO SI NO SI NO SI NO SI NO SI	Problemi orecchio: Otiti Riduzione udito Sordità Altro _____	NO SI NO SI NO SI NO SI
Ricoveri per interventi chirurgici	NO SI	Adenoidi Tonsille Appendicite Ernia inguinale	NO SI NO SI NO SI NO SI	Altri interventi	NO SI	quali ? _____ _____ _____	
Ha avuto traumi?	NO SI	Distorsioni Fratture Lesioni muscolari Lesioni a legamenti e/o menischi	NO SI NO SI NO SI NO SI	SI cosa? SI cosa? SI cosa? SI cosa?	_____ _____ _____ _____		
Sta assumendo farmaci?	NO SI	Quali e per quale motivo _____ _____					
È 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 MODALITÀ 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, Codice privacy Dlgs.vo 196/03, 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 AL MOMENTO DELLA VISITA.  
SE L'ACCOMPAGNATORE E' DIVERSO DAL GENITORE IL  
MODULO DEVE ESSERE PRESENTATO GIA' FIRMATO DAL GENITORE.  
IN CASO CONTRARIO NON SARA' POSSIBILE EFFETTUARE LA VISITA**

Ultima modifica 01 giugno 2017