

DIRETTORE SANITARIO DOTT. PIERGIULIO MARINONE

Medical Sport Center S.r.l.
Sede Legale ed operativa:
Via Emilia S.S. 9 km. 298.500 26900 LODI
T: (+39) 0371 432348
C.F. – P.IVA 08863390152

Idoneo ai sensi del D.G.R. n. 513 del 29.04.

REA LO - 1252564
Capitale Soc. Euro 10.000 i.v.
info.msc@affidea.com
www.affidea.com

Al momento della visita medico sportiva l'atleta deve presentarsi con:

- 1) Documento d'identità personale
- 2) Richiesta della visita medico sportiva timbrata e firmata
- 3) Tessera sanitaria
- 4) Foglio della precedente visita agonistica (giallo) se si tratta di un rinnovo.
- 5) Eventuale documentazione medica in possesso dell'atleta (**IN PARTICOLARE RELATIVA AD ACCERTAMENTI CARDIOLOGICI**) riguardante problemi di salute o malattia, precedenti e/o in corso, ed eventuali danni riportati.
- 6) E' consigliabile che l'atleta indossi una tenuta comoda.

N.B. SI PREGA DI COMPILARE IN OGNI PARTE E CON LA MASSIMA ATTENZIONE PERCHE' TALE DOCUMENTO HA VALIDITA' MEDICO LEGALE.

Gli atleti minorenni non accompagnati sprovvisti del modulo compilato e firmato in ogni parte da un genitore o dal tutore non potranno effettuare la visita agonistica.

Scheda di raccolta anamnestica

PER TUTTI AGONISTI E NON
ANAMNESI FAMILIARE DELL'ATLETA

Ha un parente prossimo che ha avuto una morte improvvisa o inspiegabile prima dei 50 anni di età?

SI ☐ **NO** ☐

Chi.....

Ha un parente prossimo affetto da malattie cardiovascolari gravi o ereditarie?

SI ☐ **NO** ☐

Chi.....

ANAMNESI PERSONALE DELL'ATLETA

COGNOME E NOME.....

Le è mai stato diagnosticato un problema cardiaco,
aritmia, colesterolo alto, infezioni cardiache

SI NO

Se sì quale.....

Ha mai sofferto d'asma, crisi convulsive epilessia?

SI NO

Se sì quale.....

Ha mai sofferto di malattie che potrebbero impedire lo
Svolgimento dell'attività sportiva: diabete, malattie ortopediche,
malattie neurologiche, ipertensione?

SI NO

Se sì quali

Ha qualche allergia ad alimenti, farmaci, punture d'insetto
Polveri, pollini?

SI NO

Se sì quali?.....

Attualmente sta facendo uso di farmaci su prescrizione medica o da banco
(senza ricetta) o inalatori?

SI NO

Se sì quali?.....

Ha mai avuto infortuni gravi, interventi chirurgici, ricoveri ospedalieri?

SI NO

Per quale patologia.....o quale infortunio.....

Negli ultimi 2 anni ha preso farmaci in maniera costante

SI NO

Se sì quali.....

VISTA : porta occhiali/ lenti a contatto?

SI NO

UDITO: ha problemi d'udito?

SI NO

FUMA

SI NO

Sigarette al giorno?

SOLO PER LE DONNE

Data ultima mestruazione

DICHIARAZIONE

Io sottoscritto dichiaro di aver informato esattamente il medico delle mie attuali condizioni psico-fisiche e delle affezioni precedenti e di **non essere mai stato dichiarato non idoneo**, o di avere in corso **sospensioni** o di essere **in attesa di giudizio da parte di altro centro**. Inoltre mi impegno a non fare uso di droghe riconosciute illegali e do atto di essere informato sui pericoli derivanti dall'uso di fumo o di tabacco, di sostanze dopanti, e dell'abuso di alcool. Dichiaro altresì di essere consenziente ad eventuali controlli antidoping disposti dalla legislazione vigente.

FIRMA DEL DICHIARANTE / O DEL TUTORE SE MINORE

NOME E COGNOME IN STAMPATELLO
.....

CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DI TEST DA SFORZO (STEP-TEST O CICLOERGOMETRO) PER IL CONSEGUIMENTO DEL CERTIFICATO DI IDONEITA'

Allo scopo di

- Definire la natura dei disturbi cardiaci da me accusati;
- Accertare lo stato del sistema cardiovascolare;
- Decidere sull'ulteriore iter clinico e terapeutico grazie alle specifiche cognizione che derivano da questo esame

Io sottoscritto Sig.

Nato a

Nato il

Il test da sforzo può essere effettuato mediante step-test o mediante cicloergometro.

PROTOCOLLO STEP-TEST

Si tratta di salire e scendere da un gradino al ritmo di 24 cicli completi al minuto. La durata del test è di tre minuti.

Il test viene effettuato per acquisire informazioni elettrocardiografiche necessarie per esprimere il giudizio all'attività sportiva agonistica/non agonistica o per procedere alla richiesta di ulteriori accertamenti.

Durante il test viene provocato, normalmente, un aumento anche importante del numero dei battiti cardiaci ed un aumento della pressione arteriosa; pertanto il test può esporre l'interessato, se affetto da patologie cardio-respiratorie, a complicanze anche gravi.

Il test può essere effettuato o interrotto a giudizio del medico o su richiesta esplicita del paziente. E' molto importante che l'interessato comunichi ogni eventuale sintomo al medico.

PROTOCOLLO ATLETI MASTER

Il test da sforzo eseguito presso di noi per gli atleti master (40 anni uomini e 50 per le donne) è un test di rampa eseguito al cicloergometro con monitoraggio continuo del tracciato elettrocardiografico a 12 derivazioni fin dall'inizio della prova e misurazione della pressione arteriosa a riposo e dopo sforzo. Il test si effettua mentre l'atleta pedala su una cyclette mantenendo la frequenza intorno alle 60/70 pedalate al minuto, il carico di lavoro viene incrementato ad intervalli di tempo prestabiliti dal medico sulla base delle caratteristiche clinico fisiche dell'atleta, solitamente 1' o 2' fino al raggiungimento dell'85% della massima frequenza cardiaca teorica o all'esaurimento muscolare.

Il test può non essere effettuato o interrotto a giudizio del medico o su richiesta del paziente è molto importante che l'atleta comunichi ogni eventuale sintomo al medico.

Sono stato altresì informato:

- Dei disturbi che eventualmente possono insorgere durante l'esame (dolore al petto, difficoltà nella respirazione, palpitazione, senso di mancamento);
- Della necessità di avvertire tempestivamente il personale non appena tali disturbi dovessero manifestarsi;
- Dei rischi insiti nell'indagine seppure condotta secondo arte e secondo le più moderne scienze mediche;
- Delle eventuali alternative diagnostiche;
- Del diritto a ritirare il mio consenso in qualsiasi momento senza alcuna spiegazione.

Sono stato infine informato che la non esecuzione dell'indagine implica una incompletezza dell'iter clinico-diagnostico, una carente formulazione della diagnosi finale e l'impossibilità di stabilire una corretta terapia con tutto ciò che ne deriva in termine di prognosi.

Prima dell'esecuzione sono stato esaminato dal Medico, il quale ha accertato clinicamente che non sussistono condizioni per le quali la prova debba essere rinviata o sospesa.

Le apparecchiature necessarie ed il personale addestrato per fronteggiare qualsiasi urgenza/emergenza saranno prontamente disponibili.

N.B. Il test da sforzo (step test) è previsto nel protocollo di tutte le idoneità agonistiche di tipo B pertanto senza consenso dell'interessato non sarà possibile effettuare la visita

Ho letto e compreso quanto sopra ed ho ottenuto risposta ad ogni mia richiesta o chiarimento.

Firma del Medico

.....

Firma dell'Atleta o Genitore

.....

NOME E COGNOME IN STAMPATELLO

.....