

MODALITA' PROGRAMMAZIONE VISITA

SI INVIA NUOVO MODULO DI RICHIESTA

(scaricabile anche dal sito "asl novara medicina dello sport")

LA RICHIESTA DEVE ESSERE COMPLETA CON TUTTI I DATI RICHIESTI PER PROCEDERE ALLA PROGRAMMAZIONE, SARA' IL SERVIZIO A COMUNICARE LA DATA E L'ORARIO

NORME PER ACCESSO A VISITA (indicazioni per le società sportive)

OGNI ATLETA MINORE PUO' AVERE UN SOLO ACCOMPAGNATORE

(entrambi muniti di mascherina chirurgica indossata da non più di 6 ore)

LA VISITA E'

:INDIFFERIBILE(l'orario deve essere quello programmato, la presenza all'interno del servizio deve essere limitata al tempo strettamente necessario)

NON SOSTITUIBILE SENZA AMPIO PREAVVISO

NON RECUPERABILE(non possibili inserimenti su programmazione)

L'ATLETA DEVE PRESENTARSI CON:

DICHIARAZIONE ANAMNESTICA FIRMATA DA ENTRAMBI I GENITORI

DICHIARAZIONE "COVID"

CONSENSO TEST DA SFORZO

CAMPIONE URINE(non è più possibile la raccolta in ambulatorio se l'atleta si presenta senza, l'idoneità verrà sospesa fino alla consegna delle stesse)



A.S.L. NO

Azienda Sanitaria Locale
di Novara
P.IVA O | 522670031

Sede Legale: viale Roma, 7 - 28100 Novara
Tel. 0321374111 - fax 0321374519
www.asl.novara.it

QUESTIONARIO ANAMNESTICO ATLETI MINORENNI

Gent.mo genitore,

ci è indispensabile per la visita medico sportiva agonistica la compilazione del seguente questionario in ogni sua parte (anche in caso di negatività o assenza di malattia). Particolare attenzione va posta alla familiarità per malattie cardiache e metaboliche (diabete) e a tutto ciò che riguarda il minore.

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
residente a _____ via _____ tel. _____
padre/madre del minore _____

dichiara che quanto esposto nel seguente modulo corrisponde alla realtà e che **il minore non è mai stato dichiarato non idoneo** in precedenti visite medico sportive agonistiche.

IN FAMIGLIA (genitori, fratelli, sorelle, nonni, zii, cugini ...) qualcuno ha sofferto di:

Malattie cardiache e/o circolatorie (infarto, ipertensione, aritmie, cardiomiopatie valvolari ...)

NO SI chi? quali? _____

A che età? _____

Diabete mellito NO SI chi? _____ fa insulina NO SI

Malattie respiratorie NO SI quali? _____

Malattie neurologiche NO SI quali? _____

Morti improvvise NO SI chi? _____ perché? _____ a che età? _____

Altre malattie quali? _____

IL MINORE Soffre o ha sofferto di:

Malattie comuni dell'infanzia (morbillo, rosolia, varicella, pertosse, parotite)

NO SI quali? _____

Diabete mellito NO SI fa insulina NO SI

Malattie cardiache NO SI quali? _____

Malattie respiratorie NO SI quali? _____

Malattie neuropsichiatriche NO SI quali? _____

Epilessia NO SI

Altre malattie quali? _____

Interventi chirurgici (tonsille, adenoidi, appendicite, ernia inguinale, altro)

NO SI quali? _____

Infortuni (fratture, distorsioni, lussazioni, traumi cranici, altro)

NO SI quali? _____

È mai stato ricoverato NO SI perché? _____

Assume farmaci NO SI quali? _____

Eventuali altre segni azioni _____

Indossa occhiali e/o lenti a contatto per correggere difetti della vista? NO SI

Se sì, precisare per quale difetto visivo _____

Data _____ Firma del genitore _____

Esprimo consenso all'utilizzo dei dati ai fini statistici e scientifici ed all'effettuazione di tutti gli accertamenti necessari al rilascio dell'idoneità sportiva.

Data _____ Firma del genitore _____

PRESENTARSI IL GIORNO _____ ALLE ORE _____

(SI CONSIGLIA ABBIGLIAMENTO COMODO, NON SERVE IL DIGIUNO).

RICORDARSI DI PORTARE: CAMPIONE DI URINE DEL MATTINO; TESSERA SANITARIA; RICHIESTA SOCIETÀ SPORTIVA.

N.B. IN CASO DI IMPOSSIBILITÀ AD EFFETTUARE LA VISITA SI RACCOMANDA DI DISDIRE LA STESSA CON TEMPESTIVITÀ E SOLLECITUDINE ALLO 0321-374340

SI RINGRAZIA PER LA COLLABORAZIONE



www.regione.piemonte.it

Azienda Sanitaria Locale ASL NO
S.c. SISF Funzione di Medicina dello Sport
Responsabile Dr Aniello Esposito
Tel 0321/374340 fax 0321/374341
medsportiva.nov@asl.novara.it

**A.S.L. NO**Azienda Sanitaria Locale
di Novara
P.IVA 01522670031Sede Legale: viale Roma, 7 – 28100 Novara
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519
www.asl.novara.it

COGNOME

NOME

CONSENSO INFORMATO

Allo scopo di accertare l' idoneità alla pratica sportiva agonistica accetto di essere sottoposto al test da sforzo (effettuato con il cicloergometro). Prima di sottopormi al test sono stato informato sulle modalità di esecuzione dell' esame (vedi sotto) e sarò visitato dal medico specialista il quale accerterà che non sussistono controindicazioni. Sono stato inoltre informato che dovrò avvertire il medico della comparsa di dolore al petto o di ogni altro disturbo. Sono a conoscenza che il test, in rarissimi casi, può far insorgere problemi potenzialmente pericolosi ma anche che il personale e le attrezzature necessarie per fronteggiare un' urgenza sono disponibili in ogni momento. Ho letto e compreso quanto sopra specificato.

In conclusione, il sottoscritto consente l' esecuzione dell' accertamento proposto. Dichiaro di essere stato adeguatamente 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 od in conseguenza di esso.

Data

Firma (del genitore in caso di minore)

INDICAZIONI E MODALITA' DI ESECUZIONE DEL TEST DA SFORZO

L' esercizio consiste nel pedalare a velocità costante contro una resistenza progressivamente crescente, secondo criteri stabiliti di volta in volta in relazione al peso del soggetto in esame. Viene misurata la potenza in Watt ed il lavoro totale. Tale test permette di poter controllare l' ecg prima, durante e dopo la prova (sforzo). Fornisce indispensabili informazioni per una completa valutazione della **capacità funzionale** dell' atleta in esame. Ricordiamo che la capacità funzionale è l' attitudine a svolgere in modo adeguato un lavoro muscolare. Il test al cicloergometro fornisce informazioni sull' abilità fisica del soggetto rivelando le ripercussioni emodinamiche, ventilatorie e metaboliche indotte dallo sforzo, quindi dall' attività sportiva in generale, sul sistema cardiovascolare. Presenta come unico svantaggio l' esigenza che il soggetto sappia pedalare. In sostanza è un metodo di indagine che mediante uno sforzo fisico progressivo aumenta il lavoro del cuore all' incrementare della prestazione o fino al raggiungimento di un eventuale squilibrio tra l' apporto ed il consumo di ossigeno. Il profilo della prova da sforzo nel nostro laboratorio è di tipo **multifascio triangolare**, cioè con incrementi progressivi di carico ogni minuto, per 3 minuti consecutivi. Tale profilo permette di imporre le massime sollecitazioni possibili al cuore.

Nei soggetti sportivi normali il test viene utilizzato per valutare la capacità funzionale; nei soggetti sportivi con cardiopatia per stabilire l' entità della compromissione funzionale che gli deriva dalla malattia allo scopo di selezionare le attività fisiche che superino la possibilità di adattamento cardiovascolare.

Rispettando le opportune precauzioni risultano estremamente bassi gli **inconvenienti** durante o dopo le prove da sforzo (16 casi su 170.000 test; nessun caso nel nostro studio sino ad oggi). Di routine, prima di iniziare la prova effettuiamo un ecg in posizione supina e/o seduta. Quindi eseguiamo lo sforzo. Durante la prova, seguiamo sul monitor l' ecg, registriamo alla fine di ogni minuto, le 12 derivazioni complete; al termine dello sforzo e nel recupero registriamo sempre le 12 derivazioni.



Il Medico

www.regione.piemonte.itAzienda Sanitaria Locale ASL NO
S.C. SISP Funzione di Medicina dello Sport
Responsabile Dr Aniello Esposito
Tel 0321/374340 fax 0321/374341
medsportiva.nov@asl.novara.it

All.1

DICHIARAZIONE

Il sottoscritto _____
nato a _____ il ___/___/___ e residente in _____

attesta

- di non aver avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19.
- di non aver avuto sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 tra i quali, temperatura corporea > 37,5 °C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia nelle ultime settimane.
- di non aver avuto contatti a rischio con persone che sono state affette da coronavirus (familiari, luogo di lavoro, eccetera).

In fede,

[data e firma]

Note

1. In caso di minori, la dichiarazione deve essere compilata e sottoscritta da entrambi i genitori.
2. Le informazioni di cui sopra saranno trattate in conformità al Regolamento UE n.2016/679 (regolamento generale sulla protezione dei dati personali) per le finalità e le modalità di cui all'informativa resa ai sensi dell'art.13 del predetto Regolamento.

DICHIARAZIONE

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____

il _____

Dichiara di essere stato/a informato/a dal Dott. _____, Specialista in Medicina dello Sport, dei possibili rischi per la salute, anche a distanza di tempo, conseguenti all'infezione da Sars-COV-2.

Pertanto, ai fini della salvaguardia della salute, si impegna a comunicare, oltre che al Medico di Medicina Generale o al Pediatra di Libera Scelta, al Medico Sociale (ove presente) della Società/Federazione Sportiva Nazionale/Ente di Promozione Sportiva/Disciplina Sportiva Associata e al Medico Specialista in Medicina dello Sport/Struttura di Medicina dello Sport che ha rilasciato la certificazione d'idoneità, una eventuale positività al Covid-19 (anche in assenza di sintomi) o del sopraggiungere di sintomatologia riferibile (tra i quali, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, temperatura corporea > 37,5 °C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia – disturbi dell'olfatto, ageusia – disturbi del gusto) comparsi successivamente alla data della visita odierna.

Data e Luogo

L'interessato *

** in caso di minore, è necessaria anche la firma dei genitori o dell'esercente la responsabilità genitoriale*

I Genitori o l'esercente la responsabilità genitoriale

(in caso di atleta minore)

Il Medico Specialista in Medicina dello Sport