

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/eventi:

Malattie cardiache 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:

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 eseguito in passato i seguenti accertamenti cardiologici? ecografia del cuore holter cardiaco 24 h

Usa occhiali o lenti corneali? si no Per quale motivo: _____

E' stato in cura con busti correttivi? si no Usa plantari o 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 attuali condizioni psico-fisiche, delle affezioni precedenti e che non è mai stato formulato giudizio di non idoneità in precedenti visite medico-sportive agonistiche. L'atleta 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 privacy D.Lgs 196/2003 del Regolamento UE 2016/679, il consenso a trattare i dati personali e sensibili per le finalità connesse alla richiesta di idoneità alla pratica sportiva agonistica secondo le modalità previste dalla specifica normativa.

Firma dell' Atleta, se maggiorenne _____

Nome e Cognome del genitore/tutore (stampatello) _____

Firma _____

ESAME URINE

COMPILARE IN STAMPATELLO

Cognome e nome _____ data di nascita _____

US RUBIERESE VOLLEY SSDRL

Via Del Guado, 12 - Rubiera RE
Matr. FIPAV 080410214 – CSI 04200551
P.I. e C.F. 01937470357 segreteria@rubieresevolley.it

Timbro Società Sportiva

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.

SEDE	GIORNI	ORARIO	
Centro Prelievi di Bomporto	martedì - giovedì - sabato	7.00	9.00
Centro Prelievi di Campogalliano	martedì - mercoledì - giovedì - sabato	7.00	9.00
Centro Prelievi di Carpi	dal lunedì al sabato	7.00	9.30
Centro Prelievi di Castelnuovo	lunedì - mercoledì - giovedì	7.00	10.00
Centro Prelievi di Castelfranco	dal lunedì al sabato	7.00	9.30
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	9.30
Centro Prelievi di Formigine	dal lunedì al sabato	7.00	9.00
Centro Prelievi di Guiglia	mercoledì	7.00	9.00
Centro Prelievi di Mirandola	dal lunedì al sabato	7.15	9.00
Centro Prelievi Baggiovara - Modena	Dal lunedì al venerdì	7.00	9.00
Centro Prelievi di Modena - Ex Aeronautica	dal lunedì al sabato	7.00	10.00
Centro Prelievi di Modena Casa della salute G. P. Vecchi	dal lunedì al sabato	7.00	10.00
Centro Prelievi di Modena - Via Newton, 150	dal lunedì al sabato	7.00	10.00
Centro Prelievi di Montefiorino	mercoledì	8.00	9.00
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 9.00
Centro Prelievi di Pievpepelo	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 i Centri Prelievi, giorni ed orari di ricevimento,
(in continuo aggiornamento) al seguente link:**

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

**I referti relativi ai campioni consegnati potranno essere consultati e stampati tramite sito web e "one time password"
(codice referto), secondo le istruzioni che saranno rilasciate all'utente all'atto della consegna dei campioni.**

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.

Per Visita Agonistica nella provincia di Modena presentarsi alla visita con

- richiesta della società sportiva compilata e firmata
- esito dell'esame delle urine
- modulo anamnestico compilato e firmato
- eventuale documentazione sanitaria di accertamenti effettuati in passato
- documento d'identità

In assenza di questi requisiti essenziali, il Servizio di Medicina dello Sport può negare l'accesso alla prestazione per mancanza delle condizioni indispensabili.