



*Azienda Sanitaria Unica Regionale AREA VASTA 1*

*DISTRETTO di PESARO via XI Febbraio, 36*  
**AMBULATORIO di MEDICINA DELLO SPORT**

**NORME PER L'ESECUZIONE DELLA VISITA di IDONEITA' SPORTIVA  
AGONISTICA**

L'**atleta** dovrà essere munito di :

**MODULO di RICHIESTA** di visita medico sportiva agonistica completo di timbro e firma del Presidente della Società Sportiva richiedente, in **ORIGINALE**.

**IMPEGNATIVA** del medico di medicina generale o pediatra di libera scelta.

**DOCUMENTO D' IDENTITA** in corso di validità.

**TESSERA SANITARIA.**

**REFERTO dell' ESAME URINE** (validità max. 30 giorni). La raccolta delle urine deve essere effettuata dopo 2 giorni di riposo dall'attività fisica e per le atlete lontano dalla mestruazione.

**CONSENSO INFORMATO e DICHIARAZIONE POTESTÀ GENITORIALE** compilato e firmato.

Con un **ritardo superiore a 10 minuti** non sarà garantita la prestazione.

L'**atleta minorenn**e deve essere **sempre** accompagnato da chi esercita la potestà genitoriale o da chi venga delegato da entrambi i genitori, per iscritto, su relativo modulo.

**IMPORTANTE:** per ricevere la modulistica si prega di contattare la Società Sportiva di appartenenza, oppure di scaricarla dal sito [www.asurzona1.marche.it](http://www.asurzona1.marche.it) alla voce "**modulistica**" "**Modulo Richiesta visita medico sportiva**".

**SCHEDA INFORMATIVA**

**A ) DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE**

Cognome.....Nome.....  
nato/a.....il.....residente a ..... via .....

**B) TIPO DI TRATTAMENTO PROPOSTO:** IRI TEST (scalino da 30 / 40 / 50 cm)

**C) SCOPO DEL TRATTAMENTO, BENEFICI PREVISTI E POSSIBILITA' DI SUCCESSO:** Esame obbligatorio per ottenere l'idoneità agonistica; Accertamento di idoneità sportiva agonistica

**D) RISCHI E INCONVENIENTI RAGIONEVOLMENTE PREVEDIBILI PER IL PAZIENTE:** Possibile comparsa di alterazione del tracciato ECG valutabili dopo lo sforzo.

**E) DESCRIZIONE DEL TRATTAMENTO E/O ALTERNATIVE POSSIBILI:** Lei dovrà salire e scendere lo scalino per tre minuti ed al termine dello sforzo verrà effettuato un ECG; dovrà segnalare al medico ogni sintomo o disturbo che dovesse avvertire.

**F) CIRCOSTANZE CHE IMPORREBBERO UN AMPLIAMENTO DEL TRATTAMENTO PREVISTO PER ESTENSIONE DELLA PATOLOGIA:** Il riscontro di alterazioni dell'ECG dopo lo sforzo richiede un approfondimento diagnostico, in primis, ecocardiogramma, test ergometrico massimale, Holter e successivamente anche con test invasivi quali, studio elettrofisiologico, coronarovenicolografia, etc. .

**G) CONSEGUENZE DELLA MANCATA ESECUZIONE DELL'ESAME:** Mancato rilascio del certificato di idoneità sportiva agonistica

**H) DURATA DELL'ESAME E REGIME DI ASSISTENZA:** Il test dura 3 minuti. Sono presenti un medico e un tecnico di medicina dello sport (o infermiere)

**I) COMPORTAMENTI A CUI IL PAZIENTE DOVRA' ATTENERSI PRIMA, DURANTE E DOPO L'ESECUZIONE DELL'ESAME:** Il giorno dell'esame lei dovrà assumere una colazione o pasto leggero, indossare abiti comodi. Al termine dell'esame sarà invitato a trattenersi per 15-30' nella sala d'attesa al fine di prevenire complicanze tardive

**L) DOTAZIONI E ATTREZZATURE PRESENTI IN STRUTTURA:** Nell'ambulatorio sono presenti i presidi sanitari necessari a fronteggiare le complicanze che possono insorgere durante la prova e il personale è addestrato ad affrontarle

**M) EVENTUALI ANNOTAZIONI AGGIUNTIVE DEL MEDICO RELATIVE AL COLLOQUIO INFORMATIVO**

.....  
.....

Data.....

<b>Firma del paziente</b>	
per il minorenne: <b>Cognome, nome e firma del genitore</b> che dichiara di esercitare la potestà genitoriale e che l'altro genitore è stato informato	
Documento del genitore: tipo .....n. .... rilasciato il.....da ..... scade il .....	
<b>Cognome, nome e firma del tutore/ curatore/ amministratore di sostegno</b> va allegata la documentazione che indica i poteri del legale rappresentante	
<b>Firma del testimone</b> in caso di impedimento fisico a firmare, analfabefismo, non conoscenza della lingua italiana	

Io sottoscritto Dott/ssa ..... dichiaro di aver fornito esaurienti spiegazioni circa il trattamento sanitario proposto ed in coscienza ritengo che esse siano state comprese dal paziente.

<b>Timbro e firma del medico</b>	
----------------------------------	--

**CONSENSO INFORMATO**

Il sottoscritto ..... dovrà sottoporsi al **test ergometrico allo scalino**;

a tal fine **DICHIARA**

> di essere stato informato dal Dott/ssa..... , medico dell'ambulatorio di Medicina dello Sport, dei seguenti aspetti relativi all'accertamento diagnostico cui intende sottoporsi:

1. SCOPO DEL TRATTAMENTO E BENEFICI PREVISTI;
2. RISCHI/INCONVENIENTI ragionevolmente prevedibili per la persona;
3. MODALITA' DI INTERVENTO E/O ALTERNATIVE POSSIBILI;
4. CONSEGUENZE DEL MANCATO TRATTAMENTO;
5. DURATA DEL TRATTAMENTO e REGIME DI ASSISTENZA
6. COMPORTAMENTI A CUI IL PAZIENTE DOVRA' ATTENERSI PRIMA, DURANTE E DOPO IL TRATTAMENTO SANITARIO;
7. DOTAZIONI E ATTREZZATURE PRESENTI IN STRUTTURA.

**DICHIARA INOLTRE**

> di aver ricevuto un'informazione completa e comprensibile anche attraverso la nota informativa specifica per l'accertamento diagnostico proposto,

> che prima di esprimere il consenso all'accertamento diagnostico ha avuto il tempo necessario per decidere e l'opportunità di chiedere eventualmente ulteriori informazioni,

> che tutte le domande poste hanno avuto risposta soddisfacente,

> **FIRMANDO IL PRESENTE CONSENSO autorizza l'esecuzione dell'accertamento diagnostico di cui alla premessa.**

<b>Firma del paziente</b>	
per il minorenne: <b>Cognome, nome e firma del genitore</b> che dichiara di esercitare la potestà genitoriale e che l'altro genitore è stato informato	
Documento del genitore: tipo .....n. .... rilasciato il.....da ..... scade il .....	
<b>Cognome, nome e firma del tutore/ curatore/ amministratore di sostegno</b> va allegata la documentazione che indica i poteri del legale rappresentante	
<b>Firma del testimone</b> in caso di impedimento fisico a firmare, analfabetismo, non conoscenza della lingua italiana	

*(Parte riservata al medico)*

Dal colloquio avuto, è risultato che il paziente ha ricevuto le informazioni necessarie, modulo di informativa ed ha espresso liberamente il suo consenso.

<b>Timbro e firma del medico<sup>1</sup></b>	Data	Ora
--	------	-----

<sup>1</sup> Il medico che firma e raccoglie il consenso può essere diverso da quello che ha prioritariamente informato il paziente e/o che esegue l'intervento, laddove una procedura organizzativa e/o un percorso assistenziale, dell'Unità Operativa e/o del Dipartimento e/o della Struttura, l'abbia appositamente previsto, condiviso e certificato.

## INFORMATIVA

Secondo il Codice Civile la potestà sui figli è esercitata di comune accordo da entrambi i genitori (art. 316, comma 2, CC) o da un solo genitore se l'altro genitore è morto o decaduto o sospeso dalla potestà.

Nei casi di comuni trattamenti medici (visite, medicazioni, ecc.) è sufficiente il consenso di uno solo dei genitori in applicazione del principio generale che gli atti di ordinaria amministrazione possono essere compiuti disgiuntamente da ciascun genitore (art. 320 CC). In questi casi il consenso comune è considerato implicito.

### **CODICE CIVILE**

#### **Art. 155 (Provvedimenti riguardo ai figli)**

Anche in caso di separazione personale dei genitori il figlio minore ha il diritto di mantenere un rapporto equilibrato e continuativo con ciascuno di essi, di ricevere cura, educazione e istruzione da entrambi e di conservare rapporti significativi con gli ascendenti e con i parenti di ciascun ramo genitoriale. Per realizzare la finalità indicata al primo comma, il giudice che pronuncia la separazione personale dei coniugi adotta i provvedimenti relativi alla prole con esclusivo riferimento all'interesse morale e materiale di essa. Valuta prioritariamente la possibilità che i figli minori restino affidati con entrambi i genitori oppure stabilisce a quale di essi i figli sono affidati, determina i tempi e le modalità della loro presenza presso ciascun genitore, fissando altresì la misura e il modo con cui ciascuno di essi deve contribuire al mantenimento, alla cura, all'istruzione e all'educazione dei figli. Prende atto, se non contrari all'interesse dei figli, degli accordi intervenuti tra i genitori. Adotta ogni altro provvedimento relativo alla prole. La potestà genitoriale è esercitata da entrambi i genitori. Le decisioni di maggior interesse per i figli relative all'istruzione, all'educazione e alla salute sono assunte di comune accordo tenendo conto della capacità, dell'inclinazione naturale e delle aspirazioni dei figli. In caso di disaccordo la decisione è rimessa al giudice. Limitatamente alle decisioni su questioni di ordinaria amministrazione, il giudice può stabilire che i genitori esercitino la potestà separatamente. Salvo accordi diversi liberamente sottoscritti dalle parti, ciascuno dei genitori provvede al mantenimento dei figli in misura proporzionale al proprio reddito; ... .. omissis.

#### **Art. 316 (Esercizio della potestà genitoriale)**

Il figlio è soggetto alla patria potestà dei genitori sino all'età maggiore o all'emancipazione (2, 390). La potestà è esercitata di comune accordo da entrambi (155, 317, 327, 343) i genitori. In caso di contrasto su questioni di particolare importanza ciascuno dei genitori può ricorrere senza formalità al giudice indicando i provvedimenti che ritiene più idonei. Se sussiste un incombente pericolo di grave pregiudizio per il figlio, il padre può adottare i provvedimenti urgenti ed indifferibili (322).

Il giudice, sentiti i genitori ed il figlio, se maggiore degli anni quattordici, suggerisce le determinazioni che ritiene più utili nell'interesse del figlio e dell'unità familiare. Se il contrasto permane il giudice attribuisce il potere di decisione a quello dei genitori che, nel singolo caso, ritiene il più idoneo a curare l'interesse del figlio.

#### **Art. 317 (Impedimento di uno dei genitori)**

Nel caso di lontananza, incapacità o di altro impedimento che renda impossibile ad uno dei genitori l'esercizio della potestà, questa è esercitata in modo esclusivo dall'altro. La potestà comune dei genitori non cessa quando, a seguito di separazione, di scioglimento, di annullamento o di cessazione degli effetti civili del matrimonio, i figli vengono affidati ad uno di essi. L'esercizio della potestà è regolato, in tali casi, secondo quanto disposto nell'art. 155.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ (art. 47 DPR 18.12.2000, n. 445)

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
con residenza nel Comune di \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_  
consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art.76 del DPR 445/2000 per attestazioni e  
dichiarazioni false e sotto la mia personale responsabilità,

**DICHIARO**

di essere genitore del minore \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

- di essere stato/a informato/a delle disposizioni che regolano l'espressione del consenso per i figli minorenni di età, unite in allegato (norme del Codice Civile)
- che il mio stato civile è il seguente:
  - coniugato/a  vedovo/a  separato/a
  - divorziato/a in situazione di:
    - affidamento congiunto
    - genitore affidatario
    - genitore non affidatario
- che, ai fini dell'applicazione dell'art. 317 del Codice civile, l'altro genitore **non** può firmare il consenso perché assente per:
  - lontananza
  - impedimento
- che, ai fini dell'applicazione della Legge del 8 febbraio 2006 n. 54 – Disposizioni in materia di separazione dei genitori e affidamento condiviso dei figli, art. 1 (Modifiche al Codice Civile), limitatamente alle decisioni su questioni di ordinaria amministrazione, il giudice ha stabilito:
  - che il sottoscritto esercita la potestà separatamente

a) altro: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Letto, confermato e sottoscritto

Luogo e data:	Il/la dichiarante (firma per esteso eleggibile)
---------------	---

(art. 38 T.U. Sulla documentazione amministrativa – DPR 445/2000)

La presente istanza è stata sottoscritta dall'interessato:

in presenza del dipendente addetto

timbro ASUR Z.T.1	firma del dipendente addetto
-------------------	------------------------------

presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ART. 13 D.LGS. 30/06/2003, n.196) I dati personali raccolti ai fini del presente procedimento amministrativo saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente a tale scopo dall' ASUR titolare del trattamento.



Azienda Sanitaria Unica Regionale AREA VASTA 1

DISTRETTO di PESARO via XI Febbraio, 36  
AMBULATORIO di MEDICINA DELLO SPORT

AUTORIZZAZIONE AUTOCERTIFICATA ACCOMPAGNAMENTO MINORI

I/il sottoscritto /i

\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

quali esercenti la potestà parentale sul/i minore/i

\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

autorizzano

\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

ad accompagnare il/i suddetto/i minore/i a visita di Medicina dello Sport (ex D.M. 18/02/1982)

Si allegano alla presente FOTOCOPIE dei DOCUMENTI d'IDENTITA' di ENTRAMBI  
i GENITORI

N.B. il **genitore** (o chi esercita la potestà genitoriale) **dovrà in seguito presentarsi** per  
fornire l'anamnesi e **firmare la cartella clinica**, per potere **ritirare il certificato**.

Luogo e data \_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_