

## **NORME PER L'EFFETTUAZIONE DELLA VISITA MEDICO SPORTIVA AGONISTICA**

Portare:

- modulo di **RICHIESTA DI VISITA** medico-sportiva per l'idoneità alla pratica agonistica debitamente compilato, timbrato e **FIRMATO IN ORIGINALE dal Presidente della Società**
- **ORIGINALE CERTIFICATO PRECEDENTE** (giallo) in caso di rinnovo (nel caso non si trovasse, si accetta una copia autenticata dalla Società Sportiva che conserva l'altro certificato originale)
- **TESSERA SANITARIA REGIONE LOMBARDIA/CODICE FISCALE**
- **CARTA DI IDENTITA'**
- un contenitore (PROVETTA) con le **URINE**
- L'ATLETA oppure il GENITORE (se minore) deve presentare i MODULI allegati GIA' COMPILATI E FIRMATI. Redigere eventualmente anche il modulo DELEGA se il genitore è impossibilitato ad accompagnare l'atleta con una fotocopia del proprio documento di identità.
- **in caso di pregresse patologie, DOCUMENTAZIONE MEDICA ED ESAMI DI LABORATORIO SE EFFETTUATI (soprattutto se CARDIOLOGICA).**

Si chiede, inoltre, in caso di risultanza positiva a infezione da Sars Covid19 di richiamare lo Studio ed avvisarli e portare con sé attestazione uscita quarantena.

**In studio è obbligatorio indossare la mascherina.**

Rimaniamo a disposizione per eventuali chiarimenti.

Cordiali Saluti

**Staff KINESIS**

STUDIO PROFESSIONALE DI MEDICINA SPORTIVA  
DI DR. LUIGI COLLARINI

---

SOCIETA' SPORTIVA DI APPARTENZA \_\_\_\_\_

**DATI PAZIENTE**

NOME \_\_\_\_\_

COGNOME \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_

INDIRIZZO RESIDENZA \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_

CITTA' \_\_\_\_\_

PROV. \_\_\_\_\_

RECAPITO TELEFONICO \_\_\_\_\_

INDIRIZZO MAIL \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

MEDICO DI BASE \_\_\_\_\_

**COME HA CONOSCIUTO KINESIS**

- GOOGLE
- FACEBOOK
- CONOSCENTE
- ALTRO NOSTRO PAZIENTE
- DOTTORE Chi? \_\_\_\_\_
- SITO FONDO ASSICURATIVO Quale? \_\_\_\_\_
- ALTRO Specificare \_\_\_\_\_

## TRIAGE PER COVID19 IN PRESENZA

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  
 NATO IL \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_  
 RESIDENTE A \_\_\_\_\_ IN VIA \_\_\_\_\_  
 C.F. \_\_\_\_\_

### (A) Oggi ha i seguenti sintomi?

Screening sintomi infezione SARS-CoV-2	SI	NO
Febbre > 37.5°C (88%)		
Tosse secca (68%)		
Affaticamento (38%)		
Produzione di espettorato (33%)		
Dispnea (19%)		
Mialgia o artralgia (15%)		
Mal di gola (14%)		
Mal di testa (14%)		
Vomito (5%)		
Diarrea (4%)		
Disgeusia (alter. del gusto)		
Anosmia (alter. dell'olfatto)		

→ Quadro compatibile con infezione da SARS-CoV-2?

SI →

Invitare il paziente a rientrare al proprio domicilio e contattare il proprio medico di fiducia.  
 Attuare misure di sanificazione e disinfezione di ambienti e oggetti con cui è venuto in contatto il paziente.\*

NO →

Valutare "Situazioni a rischio di infezione da SARS-CoV-2" (B)

### (B) Nei giorni intercorsi da quando ci siamo sentiti/visti:

Situazioni a rischio di infezione da SARS-CoV-2	SI	NO
ha avuto familiari o contatti stretti (< 1 m, per almeno 15 min senza dispositivi di protezione) con un caso confermato di COVID19 ma non è stato posto in isolamento domiciliare?		
è stato contattato dalla ATS/ASL in quanto venuto inconsapevolmente a contatto con persone affette da COVID19 (es. viaggio aereo, operatore sanitario o sociosanitario) ma non è stato posto in isolamento domiciliare?		

*se uno o più SI la presa in carico in presenza è possibile ma valutare se adottare dispositivi ad alto livello di protezione*

*se tutti NO proseguire nella presa in carico*

### Inoltre, DICHIARA

- a) di non essere risultato positivo a infezione da Sars Covid 19;
- b) di essere stato informato dalla struttura sanitaria degli ulteriori accertamenti strumentali e diagnostici previsti dai protocolli e dalle linee guida vigenti, necessari nel caso in cui, anche dopo aver ottenuto il certificato di idoneità all'attività sportiva agonistica, venisse diagnosticata la positività dell'atleta al Sars Covid 19;
- c) di essere stato reso edotto che gli accertamenti di cui alla lettera b) potranno essere svolti, a cura e spese dell'atleta, con una nuova e ulteriore visita medica sportiva agonistica, presso la struttura sanitaria, compatibilmente con le disponibilità, ovvero tramite altra struttura munita di idonee certificazioni.

Cardano al Campo, \_\_\_\_\_

Firma del paziente \_\_\_\_\_

STUDIO PROFESSIONALE DI MEDICINA SPORTIVA  
DI DR. LUIGI COLLARINI

Questo questionario è utile al medico che visita per ricevere notizie precise in merito alla salute dell'interessato ed ha inoltre valore legale. Deve perciò essere compilato con cura e firmato dai genitori o dal tutore legale se l'atleta è minorenni, dall'atleta stesso se maggiorenne.

In caso di mancata compilazione e firma di codesto questionario non sarà possibile rilasciare il certificato di idoneità alla pratica agonistica.

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

ETA' \_\_\_\_\_

**Anamnesi Familiare**

I genitori sono entrambi viventi? SI NO

Se NO indicare la causa di morte e l'età del decesso \_\_\_\_\_

In famiglia (genitori, fratelli, cugini, zii, nonni) ci sono stati casi di:

ICTUS SI NO se si indicare il grado di parentela \_\_\_\_\_

IPERTENSIONE ARTERIOSA SI NO se si indicare il grado di parentela \_\_\_\_\_

INFARTO SI NO se si indicare il grado di parentela \_\_\_\_\_

MALFORMAZIONI CARDIACHE SI NO se si indicare il grado di parentela \_\_\_\_\_

ARITMIE SI NO se si indicare il grado di parentela \_\_\_\_\_

DIABETE SI NO se si indicare il grado di parentela \_\_\_\_\_

MORTE IMPROVVISA SI NO se si indicare il grado di parentela \_\_\_\_\_

**Anamnesi Fisiologica**

L'atleta è nato con parto naturale o cesareo? \_\_\_\_\_

L'atleta ha avuto uno sviluppo psico-fisico normale SI NO

se NO indicare i problemi riscontrati \_\_\_\_\_

L'atleta fuma? SI NO

se SI quante sigarette al giorno \_\_\_\_\_

L'atleta consuma abitualmente alcolici o superalcolici? SI NO

Se SI con quale frequenza \_\_\_\_\_

Se l'atleta è di sesso femminile \_\_\_\_\_

Menarca (età prima mestruazione) \_\_\_\_\_ Data ultima mestruazione \_\_\_\_\_

Presso **STUDIO MEDICO KINESIS**

Via Gramsci 37

21010 Cardano al Campo (VA)

Tel. 0331/261225

P.IVA 13018840150

STUDIO PROFESSIONALE DI MEDICINA SPORTIVA  
DI DR. LUIGI COLLARINI

L'atleta assume la pillola anticoncezionale? SI NO

**Anamnesi Patologica**

L'atleta soffre o ha sofferto di:

MALATTIE CARDIACHE SI NO SE SI QUALI \_\_\_\_\_

MALATTIE RESPIRATORIE SI NO SE SI QUALI \_\_\_\_\_

MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE SI NO SE SI QUALI \_\_\_\_\_

MALATTIE RENALI SI NO SE SI QUALI \_\_\_\_\_

MALATTIE NEUROLOGICHE SI NO SE SI QUALI \_\_\_\_\_

MALATTIE ORTOPEDICHE SI NO SE SI QUALI \_\_\_\_\_

ALLERGIE SI NO SE SI QUALI \_\_\_\_\_

ALTRE MALATTIE SI NO SE SI QUALI \_\_\_\_\_

L'atleta è stato sottoposto ad interventi chirurgici? SI NO

se SI quali \_\_\_\_\_

Ha subito infortuni (fratture, distorsioni, traumi cranici)? SI NO

se SI quali \_\_\_\_\_

L'atleta assume farmaci? SI NO

se SI quali \_\_\_\_\_

per quale patologia \_\_\_\_\_

L'atleta ha mai avuto palpitazioni o svenimenti improvvisi? SI NO

E durante l'attività sportiva? SI NO

L'atleta ha dovuto sospendere l'attività sportiva per motivi di salute

se SI per quale motivo \_\_\_\_\_

Firma dell'atleta se maggiorenne o del genitore/tutore \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Recapito Telefonico \_\_\_\_\_

Presso **STUDIO MEDICO KINESIS**

Via Gramsci 37

21010 Cardano al Campo (VA)

Tel. 0331/261225

P.IVA 13018840150

**Regolamento (UE) 2016/679  
del Parlamento europeo e del Consiglio  
del 27 aprile 2016**

**INFORMATIVA E CONSENSO**

Gentile Utente,

Tutte le informazioni raccolte e quelle che emergono o potrebbero emergere nel corso delle prestazioni, saranno trattate in modo strettamente confidenziale, in conformità alle norme di buona pratica clinica nonché a quelle per la tutela delle persone rispetto al trattamento dei dati personali.

In particolare ai sensi e per gli effetti degli art. 13 e 14 del Regolamento Europeo 2016/679, Le chiediamo di tenere conto di quanto segue:

- Finalità e relativa base giuridica (art. 9. Trattamento di categorie particolari di dati personali) e modalità del trattamento.  
I suoi dati personali (generalità, informazioni anagrafiche, dati di salute, clinici e altrimenti sensibili) saranno gestiti e archiviati – in forma cartacea, automatizzata e/o informatizzata – per le esclusive finalità connesse all'espletamento delle attività di valutazione medico sportiva.
- Natura obbligatoria o facoltativa dei dati e conseguenze di eventuale rifiuto a fornire i dati  
Il consenso al trattamento dei suoi dati personali come sopra descritti, risulta indispensabile ai fini dell'espletamento delle attività di valutazione medico sportiva, nonché per i connessi obblighi di legge;  
In caso di rifiuti a fornire i dati lo specialista non potrà svolgere le attività richieste.
- Eventuali destinatari dei dati (specificare se soggetti privati/pubblici)
  - ATS Insubria e Regione Lombardia.
- Diritti dell'interessato ai sensi dell'artt. 15-22 del Regolamento Europeo 2016/679  
L'interessato ha diritto di ottenere dal Titolare del trattamento:
  1. L'accesso, la rettifica, la cancellazione dei dati personali che lo riguardano;
  2. La limitazione e l'opposizione del trattamento nei casi consentiti;
  3. La portabilità dei dati.
- Periodo di conservazione dei dati 5 anni.
- Reclamo a un'Autorità di Controllo (art. 13 p. 2 lettera d)  
L'utente ha diritto di proporre reclamo all'Autorità di Controllo nel caso ritenga che dal trattamento dei suoi dati sia derivata la violazione di un suo diritto o libertà.

- **DATI PERSONALI RICEVUTI DA TERZI**

- Categoria di dati personali (specificare se personali che rivelino l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona / genetici / biometrici / relativi a condanne penali e reati):  
.....

- Fonte da cui hanno origine i dati personali:  
.....

- Informativa (entro 30 giorni)  
.....

- Titolare e Responsabili

Il titolare e Responsabile del trattamento dei suoi dati è il Dr. Luigi Collarini, nella persona, con sede presso lo Studio Medico KINESIS in Via Gramsci 37 a Cardano al Campo (VA)

Recapiti: n. telefono 0331/261225 indirizzo mail [lrcollarini@libero.it](mailto:lrcollarini@libero.it)

Il Responsabile della Protezione dei suoi dati (DPO) è:

Dott. LUIGI COLLARINI

con sede presso lo Studio Medico KINESIS in Via Gramsci 37 a Cardano al Campo (VA)

Recapiti: n. telefono 0331/261225 indirizzo mail [lrcollarini@libero.it](mailto:lrcollarini@libero.it)

**CONSENSO DELL'ASSISTITO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_

ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 del 27 aprile 2016 autorizzo l' ATS dell' Insubria a sottoporre a trattamento i dati personali che mi riguardano in quanto necessari ai fini dell'espletamento delle attività di valutazione medico sportiva, nonché per i connessi obblighi di legge.

Dichiaro che mi sono state preventivamente rese le prescritte informazioni circa le caratteristiche, le finalità e le modalità del trattamento, gli eventuali destinatari, per iscritto con la nota informativa di cui sopra, che si considera parte integrante ed essenziale della presente dichiarazione.

In Fede

Varese, il \_\_\_\_\_

FIRMA

# STUDIO PROFESSIONALE DI MEDICINA SPORTIVA DI DR. LUIGI COLLARINI

---

Allegato A - Federazione Medico Sportiva Italiana Protocollo per Atleti non professionisti post-Covid

## DICHIARAZIONE

Io Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_

Dichiaro di essere stato informato dal Dott. Luigi Collarini, Specialista in Cardiologia e 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, mi impegno 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 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 potestà genitoriale*

\_\_\_\_\_  
I Genitori o l'esercente la potestà genitoriale  
(in caso di atleta minore)

\_\_\_\_\_  
Il Medico Specialista in Medicina dello Sport

Io sottoscritto

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

in qualità di genitore/tutore

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

**DELEGO**

il Sig.re/ la Sig.ra

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

ad accompagnare mio figlio/mia figlia alla visita medico sportiva che si terrà presso lo Studio Professionale di Medicina Sportiva sito presso lo Studio Medico Kinesis di Cardano al Campo, in data \_\_\_\_\_ .

Allego alla seguente delega fotocopia di un mio documento di identità.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_