

**Scheda medica personale**

**Si rende attenti il/la partecipante e il suo medico curante che la navigazione a vela:**

- implica lunghi periodi senza alcuna possibilità di assistenza medica (in funzione della navigazione prevista: da alcune ore in crociera costiera ad alcune settimane durante le traversate o spedizioni)
- è una pratica sportiva intensiva caratterizzata da un particolare impegno cardiovascolare e da forti sbalzi (grandi sforzi fisici puntuali, alternati a lunghi momenti di inattività)
- si svolge in ambiente ostile (temperature estreme, umidità, ambiente instabile)
- richiede buona forma fisica, buon equilibrio psicologico e resistenza alla fatica e allo stress.

**DOCUMENTI da Allegare per iscriversi a una navigazione: Certificato medico e Certificato odontoiatrico**

Per partecipare a una **CROCIERA COSTIERA** è sufficiente presentare:

- l'**autocertificazione** del/la partecipante, che si impegna a compilare e sottoscrivere la presente scheda in modo completo.

Per partecipare a una **TRAVERSATA o una SPEDIZIONE** è necessario inviare:

- un **certificato medico e un certificato odontoiatrico** rilasciati non oltre i 4 mesi precedenti la data di partenza (vedi sotto)
- **per i partecipanti di oltre 60 anni di età la visita medica deve comprendere un elettrocardiogramma sotto sforzo.**

**IMPORTANTE!**

La presente scheda medica dev'essere compilata digitalmente (per evitare errori o difficoltà di lettura) poi stampata, firmata dal Medico e dal Dentista (salvo autocertificazione in caso di crociera costiera) su tutte le pagine e eventuali allegati, scansionata e inviata per mail a sy@kap-kap.ch prima dell'imbarco.

Si prega di portare a bordo al momento dell'imbarco l'originale cartaceo della versione firmata e con il timbro di medico e dentista

**Tutte le copie cartacee e digitali della presente scheda saranno eliminate al momento dello sbarco del partecipante**

**Partecipante:**      M    F

Nome _____	Cognome _____
Data di nascita _____	Gruppo sanguigno _____
Cassa malati (CH) _____	N tess. sanitaria (I) _____

**Persona da contattare in caso di emergenza :**

Nome _____	Cognome _____
Telefono cell. _____	Email _____

**CERTIFICATO MEDICO**

Il sottoscritto Dott \_\_\_\_\_

avendo preso nota delle osservazioni e raccomandazioni summenzionate **certifica che:**

(Nome, Cognome, data di nascita del/la partecipante) \_\_\_\_\_

è fisicamente integro/a, gode di buona salute e non presenta a tutt'oggi alcun sintomo di malattia o infezione cronica o evolutiva che possa pregiudicare l'attività sportiva in genere e in particolare la partecipazione ad attività di navigazione a vela di lunga durata. Non presenta inoltre sintomi di malattie trasmissibili o non trasmissibili (fisiche o psichiche) che costituiscono controindicazioni alla vita in comunità, e presenta uno stato di salute compatibile con attività fisiche prolungate in ambienti marini, anche in assenza di accesso immediato a strutture sanitarie.

Se paziente >60 anni: L'esito dell'ECG sotto sforzo permette la partecipazione alla navigazione prevista:    SI      NO

Data e Firma _____	Timbro _____
--------------------	--------------

**Dichiarazione del partecipante (autocertificazione in caso di partecipazione a una Crociera Costiera)**

Dichiaro di aver compilato la presente scheda in modo completo, responsabile e veritiero, consapevole che anche patologie lievi o condizioni di salute problematiche, incluse quelle odontoiatriche, potrebbero compromettere la sicurezza propria e dell'equipaggio.

Partecipante (in caso di autocertificazione) - Data e Firma: \_\_\_\_\_

**Scheda medica personale - Allegato 1 : Indicazioni e osservazioni**

Se lo spazio per le indicazioni sottostanti non fosse sufficiente si prega di allegare un foglio aggiuntivo

**Allergie e intolleranze alimentari e farmacologiche**

che possono creare problemi durante la navigazione. Indicare anche eventuali farmaci alternativi da somministrare e loro posologia.

**Interventi chirurgici, malattie significative e disturbi di cui si deve tener conto**

protesi, patologie di rilievo, problematiche che non compromettono l'attività prevista ma che si ritiene opportuno evidenziare, ecc.

**Farmaci prescritti abitualmente** (indicare anche la posologia)

**Limitazioni nella dieta** (per ragioni mediche)

Al presente modulo sono allegati \_\_\_\_\_ fogli aggiuntivi

Firma del medico \_\_\_\_\_

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Partecipante (in caso di autocertificazione) \_\_\_\_\_

Data e Firma \_\_\_\_\_