

SCHEDA MEDICA

Il presente modulo deve essere compilato in **formato digitale nativo** (non come immagine scansionata) per garantire la perfetta leggibilità e consentire la ricerca dei termini all'interno del documento e tra più file.

Si prega di inviare a rally26@kap-kap.ch:

1- Il presente modulo compilato digitalmente

2- La scansione del modulo firmato e timbrato dal medico su ogni pagina

L'originale cartaceo, firmato e timbrato, dovrà invece essere consegnato al momento dell'imbarco.

Il presente certificato medico deve essere **rilasciato entro i 4 mesi antecedenti la data del primo imbarco**

Informazioni essenziali per il partecipante e il medico curante

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

- implica lunghi periodi senza alcuna possibilità di assistenza medica (fino ad alcune settimane durante le traversate o spedizioni)
- è una pratica sportiva intensiva caratterizzata da un particolare impegno cardiovascolare e da forti sbalzi
- si svolge in ambiente ostile (temperature estreme, umidità, ambiente instabile)
- richiede buona forma fisica, buon equilibrio psicologico e resistenza alla fatica e allo stress
- Si sottolinea inoltre che un problema di salute insorto a bordo (compresi problemi odontoiatrici) non costituisce una questione privata, ma mette in pericolo l'incolumità dell'intero equipaggio. È pertanto responsabilità primaria di ciascun partecipante verificare seriamente e in buona fede le proprie condizioni fisiche prima della partenza.
- Per i partecipanti di oltre 60 anni di età la visita medica deve comprendere un elettrocardiogramma sotto sforzo.
- La necessità di eventuali approfondimenti diagnostici, indipendentemente dall'età del partecipante, sarà valutata dal medico curante in funzione dello stato di salute del paziente e del programma di navigazione previsto.

Partecipante: ☐ M ☐ F

Nome e Cognome _____

Navigazione prevista ☐ Traversata (> 2 sett.)

Data di nascita _____

☐ Zona polare (> 4 sett)

Gruppo sanguigno _____

Data imbarco _____

Persona da contattare in caso di emergenza medica:

Nome e Cognome _____

Relazione _____

Telefono cell. _____

Email _____

CERTIFICATO MEDICO

Il sottoscritto Dott.: _____

Indirizzo: _____

Telefono: _____

Email _____

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 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.

Il risultato dell'elettrocardiogramma sotto sforzo (obbligatorio per i pazienti > 60, raccomandato per tutti) e le condizioni generali di salute del paziente consentono la partecipazione alla navigazione prevista:

Traversata oceanica - oltre 2 settimane: ☐ SÌ ☐ NO

Zone polari - oltre 4 settimane: ☐ SÌ ☐ NO

Firma e Timbro del Medico

Luogo e Data

Si prega di compilare anche la pagina seguente

Scheda medica pag. 1/2

Scheda medica - Allegato 1 : Indicazioni e osservazioni

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

Questa pagina deve essere restituita firmata dal medico anche in assenza di indicazioni, per confermare l'avvenuta verifica e la completezza della documentazione.

Allergie e intolleranze alimentari**Particolari esigenze dietetiche per ragioni mediche**

La presenza di diete particolari o allergie gravi potrebbe comportare l'impossibilità di imbarco, come da "Condizioni di Partecipazione"

Allergie e intolleranze a farmaci (indicare farmaci alternativi)**Farmaci prescritti abitualmente (+principio attivo e posologia)****Interventi chirurgici recenti o in programma****Protesi e impianti medici****Problematiche che non compromettono l'attività prevista ma che si ritiene opportuno evidenziare****Timbro e firma del medico**

Al presente modulo sono allegati _____ fogli aggiuntivi

Luogo e Data _____

Firma del partecipante _____

Tutte le copie digitali e cartacee del presente certificato saranno eliminate al momento dello sbarco del partecipante