



MODULO DI CLASSIFICAZIONE PER ATLETI CON PATOLOGIE VISIVE

IL MODULO DEVE ESSERE COMPILATO NECESSARIAMENTE DA UN **OFTALMOLOGO**. MODULO E DOCUMENTAZIONE MEDICA ALLEGATA NON POSSONO ESSERE REDATTI DA PIU' DI 12 MESI AL MOMENTO DELLA VALUTAZIONE DELL'ATLETA.

Si prega di compilare il modulo in modo leggibile e in stampatello. Le domande incomplete saranno restituite e dovranno essere ripresentate.

INFORMAZIONI ATLETA

Cognome	
Nome	
Data di nascita	
Luogo di nascita	
Codice fiscale	
Indirizzo di residenza completo	
E-mail	
Recapito telefonico	
Società di appartenenza	

INFORMAZIONI MEDICHE

Diagnosi medica primaria:		
La menomazione è:	<input type="checkbox"/> Congenita	<input type="checkbox"/> Acquisita, anno _____
La menomazione è:	<input type="checkbox"/> Stabile	<input type="checkbox"/> Variabile
Farmaci e terapie mediche per gli occhi utilizzati:		
Allergie ai farmaci oculari:		
L'atleta porta gli occhiali	<input type="checkbox"/> SI Correzione: OS _____ OD _____	<input type="checkbox"/> NO
L'atleta porta lenti a contatto	<input type="checkbox"/> SI Correzione: OS _____ OD _____	<input type="checkbox"/> NO
L'atleta indossa una protesi oculare	<input type="checkbox"/> SI OS _____ OD _____	<input type="checkbox"/> NO
COMMENTI AGGIUNTIVI (Descrizione della menomazione visiva e della perdita di funzione ad essa associata)		



VALUTAZIONE DELL'ACUITÀ VISIVA E DEL CAMPO VISIVO

L'acuità visiva deve essere misurata in scala LogMAR

	OCCHIO DESTRO	OCCHIO SINISTRO
CON CORREZIONE		
SENZA CORREZIONE		

Tipo di correzione: _____

Metodo di misurazione: _____

CAMPO VISIVO

	OCCHIO DESTRO	OCCHIO SINISTRO
IN GRADI (RAGGIO)		

ALLEGATI AL MODULO DI DIAGNOSI MEDICA

TEST DEL CAMPO VISIVO

Per tutti gli atleti con un campo visivo limitato, un test del campo visivo deve essere allegato a questo modulo. Il campo visivo dell'atleta deve essere testato con un test a tutto campo (120 gradi) e 30 gradi, 24 gradi o 10 gradi di campo centrale, a seconda della patologia.

Uno dei seguenti perimetri dovrebbe essere usato per la valutazione: Perimetria Goldmann (Intensità III/4), analizzatore di campo Humphrey o Octopus (Interzeag).

DOCUMENTAZIONE MEDICA AGGIUNTIVA

Si prega di specificare da quale patologia oculare è affetto

CONDIZIONE DEGLI OCCHI	DOCUMENTAZIONE MEDICA AGGIUNTIVA RICHIESTA
Malattia Anteriore	Nessuno
Malattia Maculare	<ul style="list-style-type: none"> • OCT maculare • Multifocale e/o modello ERG* • VEP* • Aspetto del modello VEP*
Malattia della retina periferica	<ul style="list-style-type: none"> • ERG* a tutto campo • Modello ERG*
Malattia del nervo ottico	<ul style="list-style-type: none"> • OCT • Pattern ERG* • Pattern VEP* • Pattern aspetto VEP
Malattia corticale / neurologica	<ul style="list-style-type: none"> • Pattern VEP* • Pattern ERG* • Pattern aspetto VEP*



I segni oculari devono corrispondere alla diagnosi e al grado di perdita della vista. Se la condizione dell'occhio è evidente e visibile e spiega la perdita della vista, non è richiesta alcuna documentazione medica aggiuntiva. Altrimenti, la documentazione medica aggiuntiva indicata nella tabella di cui sopra deve essere allegata a questo modulo. Se la documentazione medica è incompleta, i classificatori non saranno in grado di assegnare una classe sportiva.

*** NOTE SULLE VALUTAZIONI ELETTROFISIOLOGICHE (VEPS E ERGS):**

Dove c'è discrepanza o una possibile discordanza tra il grado di perdita visiva e l'evidenza visibile della malattia oculare, l'uso dell'elettrofisiologia visiva è spesso utile per dimostrare il grado di compromissione. I dati presentati devono includere il rapporto del laboratorio che esegue i test, copie dei dati originali, la gamma di dati normativi per quel laboratorio e una dichiarazione che specifichi l'attrezzatura utilizzata e il suo stato di calibrazione. I test dovrebbero essere eseguiti come minimo secondo gli standard stabiliti dalla Società Internazionale di Elettrofisiologia della Visione (ISCEV) (<http://www.iscev.org/standards/>).

Un elettroretinogramma a pieno campo (ERG) verifica la funzione dell'intera retina in risposta a brevi lampi di luce e può separare la funzione dai sistemi mediati dai bastoncelli o dai coni. Non dà tuttavia alcuna indicazione della funzione maculare.

- Un Pattern ERG verifica la funzione retinica centrale, guidata dai coni maculari, ma in gran parte originata dalle cellule gangliari retiniche.
- Un ERG multifocale testa l'area centrale (circa 50 gradi di diametro) e produce una rappresentazione topografica dell'attività retinica centrale.

Un potenziale corticale evocato visivo (VEP) registra il segnale prodotto nella corteccia visiva primaria, (V1), in risposta a uno stimolo pattern o a un impulso di luce. Un VEP assente o anormale non è di per sé la prova di problemi specifici del nervo ottico o della corteccia visiva, a meno che non sia stata dimostrata una normale funzione retinica centrale.

- Un Pattern appearance VEP è una versione specializzata del VEP usata per stabilire la soglia visiva che può essere usata per dimostrare oggettivamente la capacità visiva a livello della corteccia visiva primaria.

DICHIARAZIONE DELL'OCULISTA

- Certifico che le informazioni di cui sopra sono adeguate dal punto di vista medico.
- Certifico che non ci sono controindicazioni per questo individuo a competere a livello agonistico nello sport menzionato.

Nome e Cognome:

Specialità medica:

Iscritto all'Ordine dei Medici di:

Indirizzo:

Tessera n°:

Città:

Data

FIRMA E TIMBRO



CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ai sensi dell'ART. 13 del Regolamento UE 2016/679 GDPR)

Il sottoscritto, titolare della cartella clinica, ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento UR 2016/679 - GDPR, concernente la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali,

CONSENTE

Alla FASI nelle persone del proprio personale sanitario ed addetto alla classificazione paraclimbing, la raccolta ed il trattamento dei dati personali per l'assegnazione della classe sportiva.

Il sottoscritto DICHIARA INOLTRE DI ESSERE INFORMATO CHE TUTTI I DATI RIGUARDANTI POSSONO ESSERE TRASMESSI D'UFFICIO AD ALTRE FIGURE SANITARIE CHE POSSONO ESSERE COINVOLTE NEL RAGGIUNGIMENTO DELLO SCOPO, CON LA TUTELA DOVUTA ALLA RISERVATEZZA PREVISTA DALLA TRASMISSIONE DI SEGRETO PROFESSIONALE TRA LE FIGURE SUINDICATE, ART. 622 C.P.).

PER ALTRE FIGURE NON COMPRESI IN QUELLE ESPRESSAMENTE SOPRACITATE, LA TRASMISSIONE/RITIRO DI TUTTI O PARTE DEI DATI POTRA' AVVENIRE SOLTANTO CON SPECIFICA DELEGA DEL SOTTOSCRITTO.

DATA

FIRMA

Si richiede di allegare alla presente documentazione copia di un documento d'identità in corso di validità.