



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 ridotto, deve essere allegato a questo modulo un test del campo visivo. Il campo visivo dell'atleta deve essere valutato mediante un test del campo visivo completo (120 gradi) e un test del campo visivo centrale a 30, 24 o 10 gradi, a seconda della patologia. Per la valutazione deve essere utilizzato uno dei seguenti perimetri: Perimetria di Goldmann (Intensità III/4), Humphrey Field Analyzer o Octopus (Interzeag).

DOCUMENTAZIONE MEDICA AGGIUNTIVA

Si prega di specificare da quale patologia oculare è affetto

CONDIZIONE DEGLI OCCHI	DOCUMENTAZIONE MEDICA AGGIUNTIVA RICHIESTA
<input type="checkbox"/> Malattia Anteriore	Nessuno
<input type="checkbox"/> Malattia Maculare	<ul style="list-style-type: none"> • OCT maculare • Multifocale e/o modello ERG* • VEP* • Aspetto del modello VEP*
<input type="checkbox"/> Malattia della retina periferica	<ul style="list-style-type: none"> • ERG* a tutto campo • Modello ERG*
<input type="checkbox"/> Malattia del nervo ottico	<ul style="list-style-type: none"> • OCT • Pattern ERG* • Pattern VEP* • Pattern aspetto VEP
<input type="checkbox"/> 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 visiva. Se la condizione oculare è evidente e visibile e spiega la perdita della vista, non è richiesta ulteriore documentazione medica. In caso contrario, alla presente scheda deve essere allegata la documentazione medica aggiuntiva indicata nella tabella sopra. Se la documentazione medica è incompleta, i classificatori non saranno in grado di assegnare una classe sportiva.

NOTE SULLE VALUTAZIONI ELETTROFISIOLOGICHE (VEP E ERG):

Quando vi è discrepanza o possibile discrepanza tra il grado di perdita visiva e le evidenze oculari visibili, l'uso dell'elettrofisiologia visiva può essere utile per dimostrare il grado di compromissione. I dati presentati devono includere: il referto del laboratorio che ha eseguito i test, copie dei dati originali, i valori normativi utilizzati dal laboratorio e una dichiarazione che specifichi l'apparecchiatura utilizzata e il suo stato di calibrazione. I test devono essere eseguiti, come minimo, secondo gli standard stabiliti dalla International Society for Electrophysiology of Vision (ISCEV) (<http://www.iscev.org/standards/>).

- Elettroretinogramma a campo completo (ERG Full Field): valuta la funzione dell'intera retina in risposta a brevi lampi di luce e permette di distinguere la funzione dei sistemi mediati da bastoncelli o coni. Non fornisce tuttavia informazioni sulla funzione maculare.
- Pattern ERG: valuta la funzione retinica centrale, guidata dai coni maculari ma derivante principalmente dalle cellule gangliari retiniche.
- Multifocal ERG: valuta l'area centrale (circa 50 gradi di diametro) e produce una rappresentazione topografica dell'attività retinica centrale.
- Potenziale evocato visivo corticale (VEP): registra il segnale prodotto nella corteccia visiva primaria (V1) in risposta a uno stimolo a pattern o a un impulso luminoso. Un VEP assente o anomalo non costituisce di per sé prova di problemi specifici del nervo ottico o della corteccia visiva, a meno che non sia stata dimostrata la normale funzione retinica centrale.
- Pattern appearance VEP: versione specializzata del VEP utilizzata per stabilire la soglia visiva, che può essere impiegata per dimostrare in modo oggettivo la capacità visiva fino al livello della corteccia visiva primaria.

DICHIARAZIONE DELL'OCULISTA

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

Nome e Cognome: _____

Specialità medica: _____

Iscritto all'Ordine dei Medici di: _____ Tessera n°: _____

Città: _____ Indirizzo: _____

E-mail _____ Recapito telefonico _____

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 para climbing, 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 COMPRESSE 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.