



Regione Piemonte

**Azienda Sanitaria Locale - V.C.O.
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
SEZIONE DI MEDICINA DELLO SPORT**

Via IV Novembre 294 – 28887 Crusinallo Omegna (VB)
Tel . 0323 868046 - Fax 0323 868048- Cell. 335 5957160

medicinadellosport@aslvc.it

CONSENSO INFORMATO

Allo scopo di accertare l' idoneità alla pratica sportiva agonistica accetto di essere sottoposto al test da sforzo. Prima di sottopormi al test sono stato informato sulle modalità di esecuzione dell' esame (vedi sotto) e sarò visitato dal medico specialista che accerterà che non sussistano controindicazioni. Sono stato informato che dovrò avvertire il medico della comparsa di dolore al petto o di ogni altro disturbo.

Sono a conoscenza che il test, in rarissimi casi, può far insorgere problemi potenzialmente pericolosi, ma anche che il personale e le attrezzature per fronteggiare un' urgenza sono disponibili in ogni momento.

Ho letto e compreso quanto sopra specificato.

In conclusione, il sottoscritto consente l' esecuzione dell' accertamento proposto. Dichiaro di essere stato adeguatamente informato sulle motivazioni che inducono a praticare il suddetto accertamento, sulle finalità conoscitive che a mezzo di esso sono perseguibili ed infine sulla natura dei rischi che possono verificarsi durante la sua effettuazione od in conseguenza di esso.



Firma leggibile(del genitore o di chi ne fa le veci)

INDICAZIONI E MODALITA' DI ESECUZIONE DEL TEST DA SFORZO

Il test consiste nel pedalare su un cicloergometro, a velocità costante, contro una resistenza progressivamente crescente, secondo criteri stabiliti di volta in volta in relazione al peso, all' età ed all' allenamento del soggetto esaminato. Gli incrementi di carico avvengono ogni 2 minuti, e la durata del test varia, in media, da un minimo di 4 minuti, ad un massimo di 8-10 minuti. Per i bambini, o per i soggetti che abbiano difficoltà a pedalare, il test verrà effettuato salendo e scendendo, con un ritmo di 120 battute al minuto, per 3 minuti, su uno step.

Il test viene interrotto per raggiungimento di una adeguata frequenza cardiaca, per esaurimento muscolare oppure alla comparsa di sintomi o di segni all' ECG potenzialmente rischiosi e da approfondire in altra sede.

Il test permette di valutare l' ECG prima, durante e dopo la prova, e serve a valutare eventuali problemi cardiaci inducibili dallo sforzo fisico.

Rispettando le opportune precauzioni risultano estremamente bassi gli inconvenienti durante e dopo la prova (in soggetti sani si possono avere dolori alle gambe, affaticamento, dispnea, senso di svenimento comparsa di aritmie benigne; in soggetti portatori di cardiopatie si possono indurre aritmie maggiori, segni di bassa portata coronarica: alla comparsa di segni potenzialmente pericolosi il test viene interrotto , ed in ogni caso, il personale e le attrezzature necessarie per fronteggiare un' urgenza sono disponibili in ogni momento)

Il sottoscritto _____, genitore di _____ (da indicare in caso di visita a minore), informato della vigente disciplina in materia di riservatezza dei dati personali e di quelli sensibili a carattere sanitario (legge 675/96, art.22 e 23), sui diritti conferiti all' interessato (art. 13), nonché su finalità e modalità del trattamento degli stessi da parte dell' ASL VCO- DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE-SEZIONE DI MEDICINA DELLO SPORT,

ESPRIME IL PROPRIO CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI, COMUNI E SENSIBILI PROPRI / DEL MINORE

Per essere sottoposto a visita di idoneità all' attività sportiva agonistica.

Firma _____

ATTENZIONE IMPORTANTE:

Allegare fotocopia del documento di identità del genitore firmatario

SI RAMMENTA CHE L'OMESSA APPOSIZIONE DI ENTRAMBE LE FIRME POTRA' COMPORTARE LA MANCATA EFFETTUAZIONE DELLA VISITA COMPLETA.