

Ambulatorio di medicina dello sport

CONSENSO INFORMATO PER VISITE DI IDONEITA' SPORTIVA

Il sottoscritto _____

nato/a a _____ il ___/___/___

(in caso di genitore di minore di 18 anni) padre/madre di _____

nato/a _____ il ___/___/___

Dichiara di voler (sottoporre il/la proprio/a figlio/a) essere sottoposto agli accertamenti previsti dal Decreto Ministeriale 18/02/82 al fine di certificare l'idoneità a svolgere attività sportiva a livello agonistico.

Dichiara inoltre di essere stato informato che per completare l'accertamento (oltre ad anamnesi, esame obiettivo, spirometria, prova viva, esame delle urine):

- 1) verrà eseguito un test consistente nel salire e scendere un gradino di altezza adatta alla statura, età e sesso per 90 volte in tre minuti (per gli over 35 il test con gradino verrà sostituito con test da sforzo su cicloergometro);
- 2) verrà eseguito un ECG completo prima e dopo il test suddetto;
- 3) verrà misurata la pressione arteriosa prima e dopo il test;
- 4) durante l'esecuzione del test verranno messe in atto le precauzioni necessarie a ridurre al minimo i rischi insiti nel test e che esso verrà sospeso dietro esplicita richiesta dell'interessato;
- 5) il test suddetto, come ogni altro test da sforzo, è potenzialmente rischioso, potendo essere seguito da disturbi (malessere, debolezza, crampi alle gambe, dolore toracico) ed in rarissimi casi (2-3 su 10.000) da morte improvvisa.
- 6) acconsento ad eventuali misure terapeutiche che si rendessero necessarie ed opportune nel corso e dopo la realizzazione delle procedure.
- 7) dichiaro di aver letto e compreso quanto sopra espresso ed aver ottenuto risposta ad ogni mia richiesta o chiarimento.

Data, _____

Firma (o firma del genitore per i minori di 18 anni) _____

Firma del Medico, _____