



C.M.S.
CENTRO MEDICO
SPORTIVO

Via F.lli Di Dio 31/D 20096 Sesto San Giovanni (MI)
Tel. 02 22.47.76.66 - Fax 02 26.20.467
info@cms-sestosg.it www.cms-sestosg.it



NOTA INFORMATIVA IN RIFERIMENTO AL TEST DA SFORZO (Stress Test)

Al fine della valutazione delle condizioni di salute e della risposta cardiovascolare allo sforzo fisico per l'accertamento dell'idoneità alla pratica dello sport da Lei richiesta, è prevista dai vigenti protocolli l'esecuzione di un test da sforzo, sul quale Le forniamo alcune informazioni:

- il test da sforzo è un esame che consiste nell'esecuzione di uno sforzo fisico eseguito tramite un cicloergometro (cyclette) sul quale il soggetto deve pedalare, o tramite gradino sul quale salire/scendere; durante il test il soggetto viene collegato ad un elettrocardiografo che ne registra continuamente l'elettrocardiogramma
- entità e/o durata dello sforzo vengono decise dal medico che assiste alla prova
- durante l'esame il soggetto dovrà riferire qualsiasi sensazione o disturbo che possa insorgere
- l'esame viene interrotto dal medico che vi assiste nel caso di comparsa di segni o sintomi o al raggiungimento di specifici criteri elettrocardiografici o clinici
- al termine del test il soggetto rimane collegato all'elettrocardiografo e viene mantenuto sotto osservazione per alcuni minuti

Durante il test possono insorgere affaticamento, palpitazioni, affanno e difficoltà respiratoria, senso di oppressione al petto, malessere generale. Il test è controindicato nel caso di aritmie gravi, severi difetti delle strutture cardiovascolari, scompenso cardiaco, peri/endocardite in fase acuta, infarto del miocardio da meno di 48 ore, riduzione grave della capacità respiratoria.

CONSENSO INFORMATO PER IL TEST DA SFORZO (Stress Test)

Il/La sottoscritto/a atleta (cognome e nome) nato/a il ___ /___ /___

se minore il/la sottoscritto/a genitore tutore delegato

(cognome e nome) nato/a il ___ /___ /___

acconsente all'esecuzione del Test da Sforzo.

Dichiaro di essere stato informato/a in modo esaustivo 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 esecuzione o in conseguenza dello stesso, e di aver ottenuto risposta alle domande inerenti alla procedura cui verrà sottoposto. In particolare sono stato informato/a dal medico sulle specifiche modalità di esecuzione della prova: sono stato perciò messo al corrente che l'esame consta di uno sforzo fisico eseguito su di un cicloergometro (cyclette) sul quale pedalare, o tramite un gradino sul quale salire/scendere (Test di Master), che lo sforzo verrà protratto fino al raggiungimento di specifici criteri elettrocardiografici e/o clinici a meno che non sopraggiunga eccessivo affaticamento per cui la prova verrà interrotta, che durante la stessa verrà registrato l'elettrocardiogramma e verrà misurata la pressione arteriosa ad intervalli. Sono stato/a altresì messo/a al corrente:

- dei disturbi che eventualmente potranno insorgere durante l'indagine (dolore e/o senso di oppressione al petto, difficoltà nella respirazione, palpitazioni, senso di mancamento, malessere generale)
- della necessità di avvertire tempestivamente il personale medico ed infermieristico non appena tali od altri sintomi dovessero manifestarsi
- dei rischi insiti nell'indagine, pure se prescritta e condotta secondo arte e secondo le più moderne conoscenze mediche
- del diritto a ritirare il mio consenso in qualsiasi momento senza alcuna spiegazione.

Prima dell'esecuzione dell'indagine sono stato/a esaminato/a dal medico che ha accertato che non sussistono condizioni per cui la prova debba essere rinviata o sospesa. Le apparecchiature necessarie e il personale addestrato per fronteggiare qualsiasi urgenza/emergenza saranno prontamente disponibili. Dichiaro altresì di avere correttamente informato il medico delle condizioni di salute, delle malattie pregresse e dei farmaci assunti.

Ho letto e compreso quanto sopra ed ho ottenuto risposta ad ogni mia richiesta o chiarimento.

data

Firma dell'atleta (o se minore del genitore/delegato/tutore)

.....



C.M.S.
CENTRO MEDICO
SPORTIVO

Via F.lli Di Dio 31/D 20096 Sesto San Giovanni (MI)
Tel. 02 22.47.76.66 - Fax 02 26.20.467
info@cms-sestosg.it www.cms-sestosg.it



Data.....

ATLETI MAGGIORENNI

Io sottoscritto/a dichiaro di aver informato il medico delle mie attuali condizioni psico-fisiche e delle affezioni precedenti e confermo di non essere mai stato/a dichiarato/a non idoneo/a, e/o di non avere in corso sospensioni o essere in attesa di giudizio da parte di altro medico specialista in medicina dello sport. Mi impegno inoltre a non fare uso di droghe ritenute illegali e do atto di essere stato/a informato/a sui pericoli derivanti dall'uso di tabacco, di sostanze dopanti e dall'abuso di alcool.

Dichiaro altresì di essere consenziente ad eventuali controlli antidoping disposti dalla legislazione vigente.

☐♦ℓ

Firma del dichiarante

ATLETI MINORENNI

Io sottoscritto/a (genitore/tutore/delegato) esercente la potestà legale nei confronti di (cognome e nome atleta) dichiaro di aver informato il medico delle attuali condizioni psico-fisiche del minore e delle sue affezioni precedenti.

Dichiaro inoltre che (cognome e nome atleta) non è mai stato/a dichiarato/a non idoneo/a, e/o che non ha in corso sospensioni o che non è in attesa di giudizio da parte di altro specialista in medicina dello sport, e che si impegna a non fare uso di droghe ritenute illegali e dà atto di essere stato/a informato/a sui pericoli derivanti dall'uso di tabacco, di sostanze dopanti e dall'abuso di alcool.

Presto altresì il consenso in nome e per conto del minore ad eventuali controlli antidoping disposti dalla legislazione vigente.

Firma del genitore/tutore