



C.M.S.
CENTRO MEDICO
SPORTIVO

Via F.lli di Dio 31/D - 20099 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 nato/a il

In qualità di Genitore – Tutore – Delegato di (nel caso di minore)

Cognome e Nome nato/a il

acconsente all'esecuzione del Test da Sforzo

Dichiara di essere stato informato 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 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 io non sia particolarmente affaticato per cui la prova verrà interrotta, che durante la stessa verrà registrato l'elettrocardiogramma e verrà misurata la pressione arteriosa ad intervalli. Sono stato altresì messo 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 esaminato 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. Dichiara altresì di avere correttamente informato il medico delle proprie 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 del genitore/delegato/tutore se minore)**

.....



C.M.S.
CENTRO MEDICO
SPORTIVO

Via F.lli di Dio 31/D - 20099 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 dichiarato non idoneo, e/o di non avere in corso sospensioni o essere in attesa di giudizio da parte di altro Centro. Inoltre mi impegno a non fare uso di droghe ritenute illegali e do atto di essere stato informato 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

Firma del dichiarante

ATLETI MINORENNI

Io sottoscritto/a (genitore/tutore)..... esercente la potestà legale nei confronti di (nome atleta) dichiaro di aver informato il medico delle attuali condizioni psico-fisiche del minore e delle sue affezioni precedenti.
Dichiaro inoltre che (nome atleta) non è mai stato dichiarato non idoneo, e/o che non ha in corso sospensioni o che non è in attesa di giudizio da parte di altro Centro, e che, si impegna a non fare uso di droghe ritenute illegali e da' atto di essere stato informato 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