



CONSENSO INFORMATO

INFORMAZIONI SULLE MODALITA' DELLA VISITA MEDICA PER L'ACCERTAMENTO DELL'IDONEITA' ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ SPORTIVA AGONISTICA.

La visita prevede: raccordo anamnestico, visita medica con esame obiettivo e rilevazione della pressione arteriosa, misurazioni antropometriche (peso, altezza), controllo esame urine per presa visione del referto dell'esame, ECG a riposo e durante sforzo (per le discipline per cui è previsto) ed esame spirometrico.

Per le discipline sportive agonistiche nella **Tab. B**, la normativa prevede l'esecuzione del test da sforzo per la valutazione dell'apparato cardiovascolare.

Il **test da sforzo** (o test ergometrico) è un esame che consiste nella registrazione continua di un elettrocardiogramma durante uno sforzo controllato e di intensità graduale del paziente (utilizzando lo step test (gradino) oppure pedalando su una cyclette o camminando su treadmill, pedana mobile, o un cicloergometro a manovella). Lo sforzo provoca un aumento della frequenza cardiaca e della pressione arteriosa e determina una maggiore richiesta di sangue da parte del cuore.

L'esame valuta eventuali disturbi e modificazioni dell'elettrocardiogramma durante lo sforzo. Il test è utile per valutare il comportamento della frequenza cardiaca, della conduzione atrioventricolare e di eventuali aritmie atriali o ventricolari durante sforzo.

Il test da sforzo può essere seguito da lievi disturbi transitori (malessere, debolezza, crampi alle gambe, dolore toracico). Da quanto riportato nella letteratura scientifica, l'eventualità di morte improvvisa risulta assolutamente eccezionale. Viene riportata una frequenza di circa un caso ogni 80.000 esami (GH Kimberly, 2014). A fronte di tale evidenza scientifica, per la maggiore sicurezza dell'atleta, il test viene eseguito soltanto al termine di un'accurata visita medica e dopo l' ECG a riposo. Inoltre, il medico è sempre presente ed il personale ha a disposizione le opportune attrezzature per l'emergenza.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il ____ / ____ / ____ , residente a _____ , in Via _____

padre / madre / tutore di _____ , nato/a a _____ il _____

DICHIARA:

- di ESSERE STATO INFORMATO in modo chiaro e comprensibile, a voce e per iscritto, sullo svolgimento e sui rischi della visita medico sportiva (D.M. 18/02/1982) e i relativi accertamenti;
- di AVERE OTTENUTO RISPOSTE E SPIEGAZIONI, CHE HA BEN COMPRESO, ad eventuali richieste di chiarimenti;

Pertanto, dichiara consapevolmente di

ACCONSENTIRE

NON ACCONSENIRE

(barrare con una x la voce che interessa)

all'esecuzione della visita medica come sopra descritta;

Per i minori

Pertanto, in accordo con l'altro genitore dal sottoscritto consultato, dichiara consapevolmente di

ACCONSENTIRE

NON ACCONSENIRE

(barrare con una x la voce che interessa)

all'esecuzione della visita medica come sopra descritta.

INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI

Ai sensi degli ARTT. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679, i dati personali conferiti sono trattati esclusivamente per LO SVOLGIMENTO DELLA VISITA E DEGLI ACCERTAMENTI PER L'IDONEITA' AGONISTICA/NON AGONISTICA ALLO SPORT. I DATI, PREVIA ANONIMIZZAZIONE, POSSONO ESSERE TRATTATI ANCHE PER FINALITA' STATISTICA, SCIENTIFICA E DI RICERCA. La base giuridica che conferisce liceità alle operazioni di trattamento è LO SVOLGIMENTO DI COMPITI DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE. Titolare del trattamento è il Centro Medical Sport due srl .

Data _____

Firma _____

Firma del Medico

Medical Sport Due S.r.l.

Via N. Machiavelli n. 21 – 51100 Pistoia – P.I./C.F. 01456720471

Tel. 0573.366558 -Email: medicalsportdue@gmail.com; medicalsport2@pec.it

Pratica Suap 56388 del 28/03/2023 – Aut. Accred. 10385 del 20/05/2023

Dir. San. Dott. Luca Magni