



A.S.L. NO

Azienda Sanitaria Locale
di Novara
P.IVA 01522670031

Sede Legale: Viale Roma, 7 – 28100 Novara
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519
www.asl.novara.it

CONSENSO INFORMATO

INDICAZIONI E MODALITÀ 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 progressivamente, e la durata del test è di qualche minuto. Il test viene interrotto per raggiungimento di una adeguata frequenza cardiaca, per esaurimento muscolare oppure, in rarissimi casi, alla comparsa di sintomi o di segni all'EKG potenzialmente rischiosi e da approfondire in altra sede. Per i bambini, o per i soggetti che abbiano difficoltà a pedalare, il test verrà effettuato salendo e scendendo su uno scalino. Il test permette di valutare l'EKG 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 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).

CONSENSO ALL'ESECUZIONE DEL TEST DA SFORZO

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 sopra) 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 all'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 per i minorenni) _____

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 Novara – Dipartimento di Prevenzione – Sezione Medicina dello Sport, esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali, comuni e sensibili propri e del minore, per essere sottoposto a visita di idoneità all'attività sportiva agonistica.

Firma leggibile (del genitore o di chi ne fa le veci per i minorenni) _____

ATTENZIONE IMPORTANTE: Allegare fotocopia del documento di identità del genitore firmatario

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