

**CONSENSO INFORMATO PER LA VISITA MEDICO
SPORTIVA AGONISTICA**

UOC Medicina dello Sport

DI/00003

REV2

16/04/2019

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____
 il ___/___/___ a _____ (in caso di genitore di minore di 18
 anni) padre/madre di _____
 nato/a il ___/___/___ a _____

dichiara di essere stato informato degli accertamenti previsti dal Decreto Ministeriale 18/02/82 al fine del rilascio del certificato di idoneità agonistica e quindi di accettare di essere sottoposto a:

- 1) visita medica completa (anamnesi, esame obiettivo, valutazione acuità visiva ed uditiva)
- 2) esame delle urine completo
- 3) spirometria con valutazione dei volumi polmonari statici e dinamici
- 4) elettrocardiogramma a riposo, durante e dopo test da sforzo, corredato dalla misurazione della pressione arteriosa

Il **test da sforzo** verrà effettuato con l'uso di un ergometro che consente un incremento progressivo dello sforzo; lo sforzo verrà aumentato gradualmente sino al raggiungimento di una determinata frequenza cardiaca o, nel caso di test massimale, sino al raggiungimento del massimo carico sostenuto dal soggetto o fino a quando il medico riterrà opportuno interrompere la prova. Prima dell'esecuzione del test da sforzo sono stato 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 formato per fronteggiare qualsiasi urgenza/emergenza saranno prontamente disponibili. Sono stato altresì messo al corrente:

- dei disturbi che eventualmente potrebbero insorgere durante l'indagine (dolore al petto, difficoltà nella respirazione, palpitazioni, senso di mancamento)
- delle necessità di avvertire tempestivamente il personale medico ed infermieristico non appena tali sintomi dovessero manifestarsi
- dei rischi insiti nell'indagine, pur se prescritta e condotta secondo arte e secondo le più moderne conoscenze mediche
- del diritto a ritirare il mio consenso in qualsiasi momento

LEGGE PRIVACY

Informato sui diritti e sui limiti di cui alla legge sulla privacy, concernente la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, esprimo il mio consenso ed autorizzo l'utilizzo e la comunicazione dei miei dati personali esclusivamente ai fini di diagnosi, cura e prevenzione, secondo le procedure previste dalle leggi sulla tutela sanitaria delle attività sportive.

LETTO E COMPRESO TUTTO QUANTO SOPRA RIPORTATO

Data _____ firma dell'atleta (se maggiorenne) _____
 Data _____ firma del primo genitore _____
 Data _____ firma del secondo genitore nei casi previsti dalla legge _____
 Data _____ firma del Medico _____

