

CONSENSO ALLA PROVA DA SFORZO

PARTE I – DATI IDENTIFICATIVI DELL'ATLETA

Dati identificativi dell'atleta

Cognome _____ Nome _____

Data di Nascita ____/____/____

IN CASO DI ATLETA MINORENNE

Dati esercente il/a responsabilità genitoriale:

Cognome _____ Nome _____

Data di Nascita ____/____/____

Cognome _____ Nome _____

Data di Nascita ____/____/____

Nel caso di impossibilità all'acquisizione del consenso di entrambi i genitori, far compilare al genitore presente:

Io sottoscritto/o _____ **DICHIARO:**

consapevole delle conseguenze amministrative penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 317, 337 ter e 337 quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori. **Firma**

_____ **Dati del Tutore:**

Cognome _____ Nome _____

Data di Nascita ____/____/____

Nel caso di presenza del tutore è necessario acquisire copia dell'atto di nomina

PARTE II – INFORMATIVA

Atti sanitari proposti. Gli accertamenti previsti dal Decreto Ministeriale 18/02/82 al fine del rilascio del certificato di idoneità sportiva agonistica sono:

- visita medica completa (anamnesi, esame obiettivo, valutazione acuità visiva ed uditiva)
- esame delle urine
- spirometria con valutazione dei volumi polmonari
- elettrocardiogramma a riposo, durante e dopo test da sforzo, 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 il medico accerterà 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.

Durante l'indagine potrebbero insorgere dei disturbi quali dolore al petto, difficoltà nella respirazione, palpitazioni, senso di mancamento. È necessario che il paziente avverta tempestivamente il personale medico ed infermieristico non appena tali sintomi dovessero manifestarsi. I principali rischi dell'indagine, pur se prescritta e condotta secondo arte e le più moderne conoscenze mediche, che potrebbero presentarsi sono molto rari e sono rappresentati da: alterazioni del ritmo cardiaco, alterazioni della pressione arteriosa e manifestazioni di ischemia cardiaca.

PARTE III - ESPRESSIONE e ACQUISIZIONE del CONSENSO INFORMATO

- Io sottoscritto o noi/lo sottoscritti/o genitor/i/e/tutore _____

dichiaro/dichiariamo:

- di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente sugli atti sanitari proposti;
- di essere a conoscenza della possibilità di REVOCARE il presente consenso in qualsiasi momento prima degli atti sanitari e di chiedere ogni ulteriore informazione qualora lo desidero;
- di esprimere (barrare la scelta) ☒ **CONSENSO** / ☐ **DISSENSO** libero, spontaneo e in piena coscienza agli atti sanitari proposti per certificare l'idoneità agonistica;

Data _____ ore: _____ Firma/e-atleta genitor/i/e/tutore _____

_____ Firma e Timbro del Medico

PARTE IV - REVOKA del CONSENSO INFORMATO

Io noi/lo sottoscritti/o genitor/i/e/tutore _____ in _____

data ____/____/____ alle ore ____ **dichiaro/iamo di revocare il consenso** ai seguenti atti sanitari,

sopra citati: _____

_____ Firma atleta genitor/i/e/tutore

_____ Firma e Timbro del Medico