

**MODULO DI CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DI TEST ERGOMETRICO  
FINALIZZATO ALLA CERTIFICAZIONE DI IDONEITA' SPORTIVA**

Il Sottoscritto

\_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(nome e cognome) (gg/mm/aaaa)

dichiara di esser stato informato in modo chiaro e comprensibile e di aver compreso il significato di quanto illustratomi in relazione all'esecuzione del test ergometrico (prova da sforzo) ed in particolare i seguenti aspetti:

Il test da sforzo in medicina dello sport e`una prova standardizzata di lavoro muscolare, prevista tra gli accertamenti per l'idoneita` sportiva. L'ambulatorio dedicato a questo test consente di eseguire prove con monitoraggio continuo dell'ECG tramite pedana per step test o cicloergometro (tipo e modalita`del test vengono scelti dal medico sportivo in base all'eta`ed all'anamnesi del paziente).

• **Modalita`di esecuzione del test**

Il test ergometrico consiste in una prova da sforzo mediante una pedana per step test o un cicloergometro. Lo **step test** solitamente applica nei bambini piccoli o per determinate condizioni, consiste nel salire e scendere un gradino di altezza appropriata per tre minuti. Prima e dopo il test viene effettuato un elettrocardiogramma (ECG). Il **test al cicloergometro** (cyclette), consiste in una prova da sforzo, applicando carichi di lavoro progressivamente crescenti. Durante la prova al cicloergometro viene registrato continuamente un elettrocardiogramma e viene monitorizzata la pressione arteriosa: in tal modo e` possibile determinare il grado di tolleranza allo sforzo misurando i carichi di lavoro e valutare istante per istante la presenza o meno di eventuali anomalie.

• **I principali rischi della procedura:**

I rischi legati al test sono molto modesti. Durante il test ergometrico, anche se eseguito secondo arte, esiste la possibilita` che si verificano eventi avversi, tra i quali disturbi del ritmo cardiaco, alterazioni dell'elettrocardiogramma, svenimenti o in circostanze rarissime arresti cardiaci, ictus o morte. Il medico che presiederà all'esecuzione del test sarà comunque in grado di darmi la necessaria assistenza. Nel propormi il test da sforzo il medico ritiene che questi rischi siano, per il mio stato di salute, comunque di gran lunga inferiori rispetto ai rischi e alle conseguenze derivanti dalla mancata esecuzione del test.

Qualora avessi bisogno sia prima che durante l'esecuzione dell'esame mi saranno forniti tutti i chiarimenti che riterrò necessari; in qualsiasi momento potrò, inoltre, ritirare il consenso già fornito e quindi non sottopormi al test o interromperlo.

È fondamentale informare immediatamente il personale medico e infermieristico in caso di comparsa di disturbi (dolore al petto, difficoltà nella respirazione, palpitazioni, senso di mancamento) durante l'indagine.

Ho ottenuto risposta ad eventuali chiarimenti e ho riflettuto in merito a quanto sopra. Sono a conoscenza della possibilità di revocare il seguente consenso in qualsiasi momento prima dell'atto sanitario.

### Recepita l'informazione ricevuta

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

**ad essere sottoposto o di sottoporre il minore di cui sono genitore o tutore all'esecuzione delle indagini diagnostiche proposte.**

Data \_\_\_\_\_

Firma del paziente \_\_\_\_\_

Timbro e firma del medico \_\_\_\_\_

### DA FIRMARE IN CASO DI PAZIENTE MINORENNE

Firma Genitore: \_\_\_\_\_

Nome del minore: \_\_\_\_\_

-----

### REVOCA DEL CONSENSO

Il Sottoscritto

\_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(nome e cognome)

(gg/mm/aaaa)

### REVOCA

Il consenso all'effettuazione dell'atto sanitario su indicato

Data \_\_\_\_\_

Firma del paziente o genitore \_\_\_\_\_

Timbro e firma del medico \_\_\_\_\_