

## **MODULO D'INFORMAZIONE PER LA VISITA D'IDONEITÀ SPORTIVA AGONISTICA**

### NOZIONI GENERALI

Il test di valutazione è un esame obbligatorio previsto dal D.M. 18.2.1982 per il rilascio del certificato di idoneità alla pratica sportiva agonistica. È una prova che serve ad evidenziare la risposta dell'apparato cardiocircolatorio allo sforzo fisico ed eventuali suoi difetti.

### COME SI SVOLGE L'ESAME STEP-TEST

L'Utente viene prima sottoposto ad elettrocardiogramma a riposo, dal quale si può evidenziare la presenza di eventuali patologie che possono controindicare il prosieguo dell'esame. Successivamente dovrà eseguire uno sforzo che, secondo le normative di legge, prevede l'esecuzione di un esercizio di salita e discesa su un gradino di misura prestabilita (STEP TEST). Al termine dell'esercizio viene eseguito un elettrocardiogramma e successivamente viene registrato l'I.R.I.

### RISCHI POSSIBILI STEP-TEST

Tale esame non è esente da complicanze anche se eseguito con diligenza e prudenza. Durante la prova la persona dovrà tempestivamente avvertire della comparsa di dolore toracico, senso di vertigine, debolezza, malessere generale, poiché questi segni possono essere indicativi di uno stato di pericolo. Sono comunque a disposizione apparecchiature idonee e personale addestrato ed esperto per affrontare tali situazioni.

### CONTROINDICAZIONI STEP-TEST

Il test da sforzo è controindicato per gli atleti con problemi cardiovascolari in atto. Durante la prova si realizza un aumento del sovraccarico emodinamico sul cuore o sul sistema cardiovascolare, come conseguenza di un aumento della portata cardiaca e della pressione arteriosa o dell'aumento della temperatura del corpo.

## **CONSENSO INFORMATO PER STEP TEST**

**Dichiaro di aver letto il presente modulo di informazione e di essere stato informato/a sui rischi relativi all'effettuazione dello STEP TEST.**

**Se Maggiorene:** io sottoscritto/a : \_\_\_\_\_ acconsento a sottopormi alla visita ed alle eventuali misure terapeutiche che si rendessero necessarie od opportune nel corso e dopo la realizzazione della procedura.

**Se Minorenne:** io sottoscritto/a : \_\_\_\_\_

Genitore di \_\_\_\_\_  
acconsento che mio figlio/a sia sottoposto/a alla visita ed alle eventuali misure terapeutiche che si rendessero necessarie o opportune nel corso e dopo la realizzazione della procedura.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma dell'Utente (o del Genitore se l'atleta è minorenne)

\_\_\_\_\_