

## **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)

\_\_\_\_\_

**EUTONIA Sanità e Salute S.r.l.**

Struttura Sanitaria Privata a Media Complessità autorizzata anche per la Medicina dello Sport di 1° Livello  
Autorizzazione Sanitaria n. 0073968-P 05/12/2019 - Reg. Aut. FVG ASUITS - Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste  
Sede legale: TRIESTE - via Rossetti, 62 - Tel. +39 040 360430 - Fax +39 040 3724455 – info@eutoniasanitaasalute.it  
Cap. Soc. 34.969,00 euro – P. IVA e Reg. Imprese Trieste n. 01223070325 - REA di Trieste n. 133864 – Cod Intersc. M5UXCR1  
Dir. San. Dr. Salvatore Guarneri - Sedi operative: Via Mascagni, 3/1 – Via Udine 11, Trieste



Io sottoscritto: COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

Dichiaro di voler essere sottoposto agli accertamenti previsti dal D.M. 18/02/1982 al fine di certificare la mia idoneità alla pratica agonistica sportiva. a tal proposito dichiaro sotto la mia esclusiva responsabilità di aver informato scrupolosamente il medico delle mie attuali condizioni psico-fisiche, di eventuali malattie e disturbi precedenti e di aver messo a disposizione del medico stesso tutti gli esiti degli accertamenti che nel recente passato (ultimi 5 anni) mi sono stati eventualmente richiesti per approfondire l'idoneità agonistica.

Dichiaro inoltre di non essere mai stato dichiarato non idoneo in precedenti visite medico-sportive agonistiche e non.

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

Firma \_\_\_\_\_

(o del genitore se l'atleta è minorenni)

**CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DEL TEST PER LA VERIFICA  
DELL'IDONEITA' ALL'ATTIVITA' AGONISTICA**

Dichiaro di essere stato informato che, per atleti sotto i 35 anni di età, è prevista l'effettuazione dello STEP TEST consistente nel salire e scendere su di uno sgabello di altezza variabile, in base al sesso ed all'età. Verrà eseguito un elettrocardiogramma a riposo e dopo lo sforzo.

Gli atleti di età superiore ai 35 o 40 anni (secondo le disposizioni delle singole Federazioni) verranno sottoposti a test ergometrici massimali (al cicloergometro) con registrazione elettrocardiografica costante e rilevazione della pressione arteriosa ogni 2(due) minuti). Il Test al cicloergometro consiste nel pedalare per un periodo sufficiente e con uno sforzo crescente e anche molto intenso, siano al raggiungimento della frequenza cardiaca prevista.

Dichiaro inoltre di essere stato informato che durante l'esecuzione dei test si metteranno in atto le precauzioni necessarie a ridurre al minimo i rischi (ma che non sarà mai privo di rischi) intrinseci della prova e che esso verrà immediatamente sospeso dietro mia esplicita richiesta. Qualora durante la prova dovessi avvertire anche la minima comparsa di dolore toracico, dolore agli arti superiori, senso di vertigine, debolezza, malessere o eccessivo affaticamento, o qualsiasi altro disturbo, dovrò tempestivamente avvertire della comparsa di tali sintomi, poiché questi segni possono essere indicativi di uno stato di pericolo e la tempestiva comunicazione è indispensabile per consentire un adeguato intervento medico.

Dichiaro di aver pienamente compreso che i test da sforzo sopra descritti sono potenzialmente rischiosi, potendo essere seguiti da: malessere, svenimenti, debolezza, crampi alle gambe, dolore toracico, eventuali danni da caduta dalla strumentazione (caduta dal cicloergometro), eventuali danni anche permanenti quali paralisi e alterata funzionalità motoria di tutti i livelli (da lieve a grave), infermità del corpo e degli organi interni dovuta a temporanea mancanza di ossigeno/fluidi ad organi periferici e/o vitali ed in rarissimi casi (2-3 su 10000) da morte improvvisa.

Ho compreso tutto quanto sopra riportato, incluso i possibili rischi del test, necessario alla valutazione dell'idoneità alla pratica sportiva agonistica. Sono, inoltre, a conoscenza che il medico specialista è a mia completa disposizione per qualsiasi quesito in merito alla prova e alle eventuali conseguenze che ne dovessero derivare.

Valutato in ogni caso, con la massima attenzione e scrupolosità, nonché riletto ogni elemento sopra descritto sulla prova e sulle sue eventuali conseguenze:

- accetto di sottopormi liberamente all'esecuzione del test, avendo letto e pienamente compreso tutti i rischi sopra descritti a cui posso incorrere
- non accetto di sottopormi al test perché ho compreso i suoi potenziali rischi.

LUOGO \_\_\_\_\_

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

Firma (leggibile e per esteso) \_\_\_\_\_