

CONSENSO ALL'ESECUZIONE DEL TEST DA SFORZO DIAGNOSTICO

L'ATLETA _____ NATO A _____

IL _____ AUTORIZZA IL DOTTORE

A SOTTOPORLO AD UN TEST ERGOMETRICO.

SCOPO DEL TEST E' QUELLO DI INDIVIDUARE O ESCLUDERE LA PRESENZA DI UNA CARDIOPATIA ORGANICA.

DURANTE L'ESAME SARANNO MONITORATI L'ELETTROCARDIOGRAMMA E LA PRESSIONE ARTERIOSA, ALLO SCOPO DI EVIDENZIARE OGNI POSSIBILE PROBLEMA DI SALUTE CHE CONSIGLI LA SOSPENSIONE DEL TEST.

IL CARICO DI LAVORO VERRA' AUMENTATO PROGRESSIVAMENTE SECONDO PROTOCOLLO STANDARDIZZATO, FINO AL RAGGIUNGIMENTO DI QUELLA TRA LE SEGUENTI CONDIZIONI, CHE SI VERIFICHINO PER PRIMA:

- 1) COMPLETAMENTO DEL TEST FINO AL CARICO DI LAVORO PREFISSATO;
- 2) ESAURIMENTO MUSCOLARE;
- 3) COMPARSA DI UNA QUALSIASI RISPOSTA ANOMALA O CHIARAMENTE PATOLOGICA DURANTE LO SFORZO.

VERRA' POSTA LA MASSIMA CURA NEL CERCARE DI RIDURRE AL MINIMO OGNI MIO DISTURBO O RISCHIO E POTRO' CHIEDERE DI INTERROMPERE IL TEST IN QUALSIASI MOMENTO.

SONO TUTTAVIA A CONOSCENZA, DEI PRINCIPALI RISCHI POTENZIALI CHE IL TEST DA SFORZO COMPORTA E CHE, NELLA FATTISPECIE, COMPRENDONO: ASTENIA, VERTIGINI TRANSITORIE, LIPOTIMIE, DOLORE TORACICO, CRAMPI ALLE GAMBE, CARDIOPALMO, ARITMIE, INFARTO.

A TALE PROPOSITO SONO INFORMATO CHE LA PREPARAZIONE PROFESSIONALE DEL PERSONALE ADDETTO E' TALE DA GARANTIRE L'INDIVIDUAZIONE DELLE CAUSE DI INTERRUZIONE DEL TEST IN QUALSIASI MOMENTO ED OGNI INTERVENTO TERAPEUTICO DI EMERGENZA.

DATA _____

FIRMA ATLETA o genitore (in caso di minorenne)

FIRMA DEL MEDICO VISITATORE
