



UNITA' OPERATIVA DI MEDICINA DELLO SPORT

Via del Progresso n. 4 - 88060 Satriano Marina (CZ) - Tel/Fax 0967.530337
Part. IVA: 03062560796 Aut. Regione Calabria DCA N.96/19.11.2014

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

Se maggiorenne: il sottoscritto/a _____ nato/a il ____/____/____

Se minorenne: il sottoscritto/a _____

genitore di _____ nato/a il ____/____/____

DICHIARO/A

DI ESSERE STATO/A INFORMATO/A ESAURIENTEMENTE MEDIANTE LA NOTA INFORMATIVA ALLEGATA E DI
AVER COMPRESO IL SIGNIFICATO DI QUANTO ILLUSTRATOMI IN RELAZIONE ALL'OPPORTUNITA' DI
SOTTOPORMI AL TEST ERGOMETRICO (PROVA DA SFORZO).

IN PARTICOLARE DI AVER CAPITO GLI ASPETTI SOTTOELENCATI:

1. Le finalità del test e le modalità di esecuzione dello stesso
2. Le norme comportamentali da seguire prima dell'esecuzione del test
3. Gli eventuali disturbi che potrebbero insorgere durante l'indagine (dolore al torace o alle gambe, difficoltà nella respirazione, lievi palpitazioni, senso di mancamento)
4. Sono stato informato anche che, in rarissimi casi, durante la prova possono insorgere complicazioni quali lo scompenso cardiaco, gravi alterazioni del ritmo, infarto e/o decesso
5. La necessità di avvertire tempestivamente il personale preposto non appena tali sintomi dovessero manifestarsi
6. I principali rischi insiti nell'indagine

AVENDO OTTENUTO RISPOSTA AD EVENTUALI CHIARIMENTI ED AVENDO RIFLETTUTO IN MERITO A QUANTO SOPRA ESPOSTO

☐ **ACCONSENTO** AD EFFETTUARE/FAR EFFETTUARE IL TEST ERGOMETRICO (PROVA DA SFORZO).

☐ **NON ACCONSENTO** AD EFFETTUARE/FAR EFFETTUARE IL TEST ERGOMETRICO (PROVA DA SFORZO).

Satriano , li ____/____/____

Firma dell'Utente (se maggiorenne)

Firma del tutore (se minorenne)