

## AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI UOSD MEDICINA SPORTIVA

### CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto ..... nato il.....

residente in.....via.....

dichiaro di voler essere sottoposto agli accertamenti previsti dal D.M. 18. 02. 1982 al fine di certificare la mia idoneità alla pratica agonistica dello sport.....

Dichiaro inoltre di essere stato informato

- 1) che devo eseguire un test (step test secondo la metodica semplificata di Montoye), consistente nel salire e scendere per 90 volte in tre minuti un gradino di altezza adatta alla mia statura, età e sesso.
- 2) che mi verrà eseguito un E.C.G. completo prima e dopo il test suddetto fino a recupero.
- 3) che mi verrà misurata la pressione arteriosa prima e dopo il test.
- 4) che durante l'esecuzione del test si metteranno in atto le precauzioni necessarie a ridurre al minimo i rischi insiti nel test e che esso verrà sospeso dietro mia esplicita richiesta.
- 5) che il test suddetto come ogni altro test da sforzo è potenzialmente rischioso, potendo essere seguito da disturbi (malessere, debolezza, crampi alle gambe, dolore toracico) ed in rarissimi casi (2-3 su 10.000) da morte improvvisa.

Autorizzo i Sanitari del settore Medicina dello Sport della ASL Rieti all' archiviazione dei dati relativi alla mia visita di idoneità e al loro trattamento in forma rigorosamente anonima per scopi scientifici e di ricerca.

Data.....

Firma.....