

**CONSENSO INFORMATO
PER L'ESECUZIONE DEL TEST DA SFORZO AL CICLOERGOMETRO
PER MEDICINA DELLO SPORT**

Cognome e Nome (Atleta) _____ nato/a il _____

Motivo dell'esame: accertare la mia idoneità alla pratica sportiva.

Io sottoscritto/a (Atleta) _____
consento volontariamente di essere sottoposto ad un test da sforzo massimale al cicloergometro.

Prima di sottopormi al test da sforzo massimale al cicloergometro, dichiaro di aver avuto un colloquio con il Dr. Calcagno che mi ha illustrato le modalità di esecuzione della prova.

Il test sarà effettuato con l'uso di un cicloergometro che consentirà un incremento progressivo dello sforzo.

Tale sforzo sarà aumentato gradualmente fino alla comparsa di alcuni sintomi quali, affaticamento, dolori alle gambe o al petto, aritmie, vertigini o fino a quando il medico non riterrà opportuno interromperlo.

Durante la prova, la mia Frequenza Cardiaca, la mia Pressione Arteriosa ed il mio Elettrocardiogramma, saranno tenuti sotto monitoraggio continuo.

Sono stato informato che dovrò tempestivamente avvertire il medico della comparsa di dolore al petto, affaticamento, dispnea, senso di vertigini, debolezza, malessere generale o qualsiasi altro sintomo poiché questi possono essere importanti per una corretta diagnosi ed essere indicativi di un relativo stato di pericolo per la vita.

Ho letto e compreso chiaramente quanto sopra esposto e ho ottenuto soddisfacente risposta ad ogni mia richiesta di chiarimento.

Data _____

Dr. Roberto Calcagno
Specialista in Medicina dello Sport

Firma dell'atleta (o genitore se minorenne)