

CASA DI CURA PRIVATA ACCREDITATA SSN POLICLINICO SAN MARCO SpA 	Ambulatorio di Medicina dello Sport e dell'Esercizio Fisico Nr. Autorizzazione Regionale B-4	M-POL-45
		Rev.1
	CONSENSO INFORMATO PER LA VISITA MEDICO SPORTIVA AGONISTICA	16/11/2023
		Pagina 1 di 2

PARTE I – DATI IDENTIFICATIVI DELL'ATLETA

Dati identificativi dell'atleta

Cognome _____ Nome _____

Data di Nascita ___/___/_____

IN CASO DI ATLETA MINORENNE

Dati esercente/i la responsabilità genitoriale:

Cognome _____ Nome _____

Data di Nascita ___/___/_____

Cognome _____ Nome _____

Data di Nascita ___/___/_____

Nel caso di impossibilità all'acquisizione del consenso di entrambi i genitori, far compilare al genitore presente:

Io sottoscritto/o _____ DICHIARO:

consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 317, 337 ter e 337 quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Firma _____

Dati del Tutore:

Cognome _____ Nome _____

Data di Nascita ___/___/_____

Nel caso di presenza del tutore è necessario acquisire copia dell'atto di nomina.

PARTE II – INFORMATIVA

Atti sanitari proposti. Gli accertamenti previsti dal Decreto Ministeriale 18/02/82 al fine del rilascio del certificato di idoneità sportiva agonistica sono:

• visita medica completa (anamnesi, esame obiettivo, valutazione acuità visiva ed uditiva)

- esame delle urine
- spirometria con valutazione dei volumi polmonari
- elettrocardiogramma a riposo, durante e dopo test da sforzo, misurazione della pressione arteriosa.

Il **test da sforzo** verrà effettuato con l'uso di un ergometro che consente un incremento progressivo dello sforzo; lo sforzo verrà aumentato gradualmente sino al raggiungimento di una determinata frequenza cardiaca o, nel caso di test massimale, sino al raggiungimento del massimo carico sostenuto dal soggetto o fino a quando il medico riterrà opportuno interrompere la prova. Prima dell'esecuzione del test da sforzo il medico accerterà che non sussistono condizioni per cui la prova debba essere rinviata o sospesa. Le apparecchiature necessarie e il personale formato per fronteggiare qualsiasi urgenza/emergenza saranno prontamente disponibili. Durante l'indagine potrebbero insorgere dei disturbi quali dolore al petto, difficoltà nella respirazione, palpitazioni, senso di mancamento. È necessario che il paziente avverta tempestivamente il personale medico ed infermieristico non appena tali sintomi dovessero manifestarsi. I principali rischi dell'indagine, pur se prescritta e condotta secondo arte e le più moderne conoscenze mediche, che potrebbero presentarsi sono molto rari e sono rappresentati da: alterazioni del ritmo cardiaco, alterazioni della pressione arteriosa e manifestazioni di ischemia cardiaca.

CASA DI CURA PRIVATA ACCREDITATA SSN POLICLINICO SAN MARCO SpA 	Ambulatorio di Medicina dello Sport e dell'Esercizio Fisico Nr. Autorizzazione Regionale B-4	M-POL-45
		Rev.1
	CONSENSO INFORMATO PER LA VISITA MEDICO SPORTIVA AGONISTICA	16/11/2023
		Pagina 2 di 2

PARTE III – ESPRESSIONE e ACQUISIZIONE del CONSENSO INFORMATO

- lo sottoscritto o noi/io sottoscritti/o genitori/e/tutore _____

dichiaro/dichiariamo:

- di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente sugli atti sanitari proposti e altre indicazioni sui possibili rischi correlati;
- di essere a conoscenza della possibilità di REVOCARE il presente consenso in qualsiasi momento prima degli atti sanitari e di chiedere ogni ulteriore informazione qualora lo desideri;
- di esprimere (barrare la scelta) **CONSENSO** / **DISENSO** libero, spontaneo e in piena coscienza agli atti sanitari proposti per certificare l'idoneità agonistica;

Data _____ ore: _____ Firma/e atleta genitori/e/tutore _____

Firma e Timbro del Medico _____

PARTE IV – REVOCA del CONSENSO INFORMATO

Io noi/io sottoscritti/o genitori/e/tutore _____

in data ___/___/_____ alle ore ___ **dichiaro/i amo di revocare il consenso** ai seguenti atti sanitari, sopra citati: _____

Firma/e atleta genitori/e/tutore _____

Firma e Timbro del Medico _____

NOTE: _____

Si informa che i dati saranno trattati per le finalità correlate al procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, in conformità con la disciplina in materia di protezione dei dati personali (art. 13 del Reg. UE 679/2016).