SANIPRO S.R.L.
VIA TULLIO 7, 33100 UDINE
e-mail: ambulatori@sanipro.org
www.sanipro.org
P.IVA 02765990301
DIR. SAN. DOTT.SSA ADELAIDE LO BAIDO
Ordinanza n.0063983 del 04.06.2020
Azienda Universitaria Integrata di Udine

CONSENSO INFORMATO PER VISITA MEDICA AI FINI DEL RILASCIO DEL CERTIFICATO DI IDONEITÀ ALLA PRATICA SPORTIVA AGONISTICA

Nome e cognome _____

C.F_____ Nato a _____ il ____/____/____

Residente a _____ Via _____n°____

doc. identità num._____Sport praticato_____

Professione_____Titolo di studio_____

Per la certificazione di tipo AGONISTICO, è prevista una visita medica con ECG a riposo, durante e dopo STEP TEST, la prova, della durata di 3 minuti, consiste in 90 salite e discese da un gradino di altezza conforme a sesso ed età. Chi ha 35 anni o più verrà invece sottoposto ad una valutazione più approfondita mediante test ergometrico massimale con cicloergometro. I test da sforzo sono controindicati per persone con problemi cardiovascolari in atto: durante la prova l'atleta dovrà avvisare il medico in caso di comparsa di dolore toracico, senso di vertigine, malessere generale. Nell'ambulatorio è presente materiale per interventi di emergenza ed il personale è addestrato per interventi di primo supporto medico. Le altre parti della visita medica agonistica sono: l'anamnesi e l'esame obiettivo, la spirometria, l'esame della vista, l'esame urine. Il medico certificatore ha la facoltà di prescrivere ulteriori accertamenti utili a verificare l'idoneità dell'atleta alla pratica dello sport prescelto. I materiali utilizzati sono di tipo monouso. I dati vengono conservati nella cartella clinica, che viene custodita in archivio. Alla visita segue il rilascio del certificato in duplice copia (uno per l'atleta, uno per l'archivio interno) e la realizzazione di una cartella clinica cartacea, conservata presso l'archivio della presente struttura.

Informato sulla modalità di esecuzione acconsento di sottopormi agli accertamenti previsti dal DPR 18.02.82 per il rilascio del certificato di idoneità sportivo agonistico, consapevole che il mancato rispetto delle eventuali prescrizioni del Medico dello Sport invaliderà il giudizio d'idoneità rilasciatomi. Sono informato che in caso di giudizio di NON IDONEITA' sarà trasmessa comunicazione alla Direzione Centrale Salute e Protezione Sociale e alla mia società sportiva di appartenenza e ne do consenso.

Luogo ..... data..... Firma dell'atleta.....

Firma del genitore/tutore legale (se l'atleta è minorenne).....