

**AMBULATORIO DI MEDICINA DELLO SPORT**

**Dott. Luca Mascitelli Specialista Cardiologia e Medicina dello Sport**

**VALUTAZIONE CLINICA DEL GRADO DI TOLLERANZA ALLO SFORZO FISICO**

**NOZIONI GENERALI**

E' una prova che serve ad evidenziare la risposta dell'apparato cardiocircolatorio allo sforzo fisico ed eventuali suoi difetti.

**COME SI SVOLGE L'ESAME**

L'utente viene prima sottoposto ad elettrocardiogramma a riposo dal quale si può evidenziare la presenza di eventuali patologie che possono controindicare il proseguo dell'esame.

Successivamente dovrà eseguire uno sforzo che, secondo le normative di legge, prevede l'esecuzione di un esercizio di salita e discesa su gradino, di misura prestabilita, per la durata di 2-5 minuti.

Al termine dell'esercizio viene eseguito un elettrocardiogramma (dopo sforzo) che deve essere registrato entro il 1° minuto successivo, quindi entro il 2° minuto viene registrato l'I.R.I. test per un tempo di 30 secondi

**INDICAZIONI AL TEST**

Il test di valutazione è un esame obbligatorio previsto dal D.M. del 18.02.1982, per il rilascio del certificato di idoneità alla pratica sportiva agonistica.

**RISCHI POSSIBILI**

Tale esame non è esente da complicanze anche se eseguito con diligenza e prudenza.

Durante la prova la persona dovrà tempestivamente avvertire della comparsa di dolore toracico, senso di vertigini, debolezza, malessere generale, poiché questi segni possono essere indicativi di uno stato di pericolo.

Sono comunque a disposizione apparecchiature idonee e personale addestrato ed esperto per affrontare tali situazioni.

**CONTROINDICAZIONI**

Il test da sforzo è controindicato per gli atleti con problemi cardiovascolari in atto.

Durante la prova infatti si realizza un aumento del sovraccarico emodinamico sul cuore o sul sistema cardiovascolare, come conseguenza di un aumento della portata cardiaca e della pressione arteriosa o dell'aumento della temperatura del corpo.

**MODULO PER IL CONSENSO INFORMATO**

**Per atleti maggiorenni:** io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Acconsento a sottopormi agli accertamenti previsti dal D.M. 18-02-1982

**Per atleti minorenni:** io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ genitore

di \_\_\_\_\_ acconsento che mio figlio/a sia sottoposto/a agli accertamenti previsti dal D.M. 18-02-1982

**VALUTAZIONE CLINICA DEL GRADO DI TOLLERANZA ALLO SFORZO FISICO**

Inoltre:

- Acconsento a sottopormi ad eventuali misure terapeutiche che si rendessero necessarie od opportune nel corso e dopo la realizzazione della procedura,
- Acconsento all'archiviazione dei dati relativi alla mia visita di idoneità ed al loro trattamento in forma rigorosamente anonima per scopi scientifici e di ricerca.
- Dichiaro di essere stato/a informato/a sul tipo di strumenti che verranno impiegati, sul metodo operativo e sui relativi rischi.

DATA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma (per i minorenni: un genitore)

Dott. Luca Mascitelli

*Questionario su Malattie e Infortuni da consegnare compilato all'atto della visita medico sportiva.*

**( BARRARE LA RISPOSTA )**

Il presente questionario è utile al **Medico dello Sport** per raccogliere notizie sulla salute del soggetto e poter fornire eventuali consigli in relazione allo sport praticato.

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Luogo e Data di nascita \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

N. Tel. \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Società Sportiva \_\_\_\_\_ Sport \_\_\_\_\_

Peso: Kg \_\_\_\_\_ Altezza: cm \_\_\_\_\_

1) Nei familiari prossimi ( genitori, fratelli, sorelle, nonni, zii, cugini ) ci sono stati casi di **MORTE IMPROVVISA**, **INFARTO**, **diabete**, **pressione alta**, **altre malattie della CIRCOLAZIONE** o **EREDITARIE**? \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ SI

quali? \_\_\_\_\_

2) E' stato ricoverato o curato per malattie importanti? \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ SI : quali? \_\_\_\_\_

3) Assume continuativamente medicinali? \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ SI : quali? \_\_\_\_\_

4) Ha avuto infortuni o problemi ortopedici? \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ SI : quali e quanto tempo fa \_\_\_\_\_

5) Soffre di allergie? \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ SI :

6) Attualmente ha problemi di salute? \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ SI : quali? \_\_\_\_\_

7) Ha avuto svenimenti o malori durante un'attività fisica? \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ SI: quando? \_\_\_\_\_

8) E' stato giudicato **non idoneo** in visite medico sportive? \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ SI : quando?

Data \_\_\_\_\_

Firma (per i minorenni: un genitore)

\_\_\_\_\_