

AMBULATORIO DI MEDICINA DELLO SPORT

Dott. ADRIANO BERGANTIN Specialista 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. ADRIANO BERGANTIN

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)
