

MANIAGO NUOTO SSD srl

TEL 0427709262

Email : info@maniagonuoto.it

AMBULATORIO DI MEDICINA DELLO SPORT

DOTT. Luca MASCITELLI SPEC. 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 3-5 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 che comprende anche:

Per atleti minorenni: io sottoscritto/a _____ genitore

di _____ acconsento che mio figlio/a sia sottoposto/a alla seguente procedura che comprende anche:

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.

Maniago _____

FIRMA (del genitore se atleta minorenni)

DOTT. MASCITELLI

MANIAGO NUOTO SSD srl

TEL 0427709262

Email : info@maniagonuoto.it

AMBULATORIO DI MEDICINA DELLO SPORT

DOCT. Luca MASCITELLI SPEC. MEDICINA DELLO SPORT

*Questionario su Malattie e Infortuni da consegnare compilato all'atto della visita medico sportiva.
(BARRARE LA RISPOSTA SÌ o NO)*

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. _____

Residente a _____ Via _____ Tel _____

Sport _____ Società Sportiva _____

PESO ALTEZZA

SÌ NO

	SÌ	NO
1) Nei <i>familiari prossimi</i> (genitori, fratelli, sorelle, nonni, zii, cugini) ci sono stati casi di :		
- MORTE IMPROVVISA inaspettata o inspiegabile prima dei 50 anni		
- INFARTO		
- Diabete , ipertensione arteriosa		
- Altre malattie circolatorie (ICTUS; ARTERIOPATIE; MALATTIE COAGULAZIONE)		
- Malattie ereditarie		
2) È stato ricoverato o curato per malattie importanti?		
quali?		
3) Assume continuativamente medicinali?		
quali?		
4) Ha avuto infortuni o problemi ortopedici?		
5) Soffre di allergie?		
6) Attualmente ha problemi di salute?		
7) Ha avuto <i>svenimenti, malori, dolore toracico</i> DURANTE UN'ATTIVITÀ FISICA ?		
8) Ha avuto svenimenti, malori, dolore toracico A RIPOSO ?		
9) E' stato giudicato non idoneo in visite medico sportive?		
10) FUMA?		

DATA _____

FIRMA DELL'ATLETA

(per i minorenni: un genitore o chi ne fa le veci)
