

VALUTAZIONE CLINICA DEL GRADO DI TOLLERANZA ALLO SFORZO FISICO (STEP TEST)

Esame obbligatorio previsto dal D.M. del 18.02.1982,
per il rilascio del certificato di idoneità alla pratica sportiva agonistica

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

COME SI SVOLGE

Il paziente viene prima sottoposto ad elettrocardiogramma a riposo dal quale si può evidenziare la presenza di eventuali patologie che possono controindicare il prosieguo 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 minuti.

Al termine dell'esercizio viene eseguito un elettrocardiogramma (dopo sforzo) che deve essere registrato entro il 1° minuto successivo

Di seguito entro il 2° minuto successivo viene registrato l'IRI (indice di recupero immediato) che consiste nel controllo della frequenza cardiaca (n. di pulsazioni in 30 secondi).

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 vertigine, 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 agli atleti con problemi vascolari in atto.

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

**MODULO PER IL CONSENSO INFORMATO PER LA PROVA DA SFORZO
(STEP TEST)****Dati identificativi del paziente:** *Cognome e Nome Nato a in data*

Ho letto e compreso quanto sopra ed ho ottenuto risposta ad ogni mia richiesta o chiarimento.
Sono a conoscenza della possibilità di revocare il seguente consenso in qualsiasi momento prima dell'atto sanitario.

Inoltre:

- ✓ Acconsento ad eventuali misure terapeutiche che si rendessero necessarie od opportune nel corso e dopo la realizzazione della procedura;
- ✓ Acconsento alla compilazione di eventuali questionari inerenti le abitudini di vita a scopi epidemiologici/statistici;
- ✓ Dichiaro di essere stato/a informato/a sul tipo di strumenti che verranno impiegati, sul metodo operativo e sui relativi rischi.

**Recepito le informazioni ricevute [] ACCONSENTO [] NON ACCONSENTO
all'effettuazione dell'atto sanitario su indicato**

Data Firma dell'atleta

Timbro e firma del medico

DA FIRMARE IN CASO DI PAZIENTE MINORENNE:**Genitore:** Cognome e nome: _____ Data di nascita _____ Firma _____**Tutore:** Cognome e nome: _____ Data di nascita _____ Firma _____

REVOCA DEL CONSENSO

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ il ____ / ____ / _____

REVOCA Il consenso all'effettuazione dell'atto sanitario su indicato

Data

Firma del paziente / genitore o tutore nei caso di minore

Timbro e firma del medico