



STUDIO MEDICO
DOTTOR ROBERTO MANCINI

Dottor ROBERTO MANCINI
Medico Chirurgo
Specialista in Medicina dello Sport,
Dietologia, Mesoterapia
Medicina Estetica non invasiva

Io sottoscritto/a _____ nato/a il _____
in qualità di _____ dell'atleta _____ nato/a il _____

acconsento volontariamente che sia sottoposto ad un test ergometrico allo scopo di accertare la sua idoneità sportiva.

Prima di sottoporlo al test, ho avuto un colloquio con l'equipe dell'ambulatorio, che mi ha illustrato le modalità di esecuzione della prova.

Confermo inoltre che è stato/a visitato/a dal medico, che ha accertato che non sussistono condizioni per cui la prova debba essere rinviata o sospesa.

Il test sarà effettuato con l'uso di un cicloergometro che consentirà un incremento progressivo dello sforzo. Tale sforzo sarà aumentato gradualmente fino all'esaurimento muscolare o cardiovascolare o fino a quando il medico e/o l'infermiera non riterrà opportuno interromperlo.

Durante la prova verrà monitorato il tracciato elettrocardiografico ed eventualmente anche la pressione arteriosa.

Confermo inoltre che è stato/a informato/a che dovrà tempestivamente avvertire della comparsa di dolore al petto, senso di vertigine, debolezza, malessere generale o altri disturbi che possono essere indicativi di un relativo stato di pericolo. L'ambulatorio dispone di farmaci e di strumentazione per il primo soccorso.

Ho letto e compreso quanto sopra ed ho ottenuto risposta ad ogni mia richiesta o chiarimento.

Il medico dello Sport
Dottor Roberto Mancini

Firma del Cliente

Data: _____