



STUDIO MEDICO
DOTTOR ROBERTO MANCINI

Dotto**r** ROBERTO MANCINI
Medico Chirurgo
Specialista in Medicina dello Sport,
Dietologia, Mesoterapia
Medicina Estetica non invasiva

Io sottoscritto/a _____ nato/a il _____

acconsento volontariamente ad essere sottoposto ad un test ergometrico allo scopo di accertare la mia idoneità sportiva.

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

Sono inoltre stato visitato 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.

Sono stato informato che dovrò 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: _____