

OSPEDALE CLASSIFICATO "S.CUORE - DON CALABRIA"

SERVIZIO DI MEDICINA DELLO SPORT

Via San Marco, 121 - VERONA

Tel.: 045-601.36.00 Fax: 045-601.39.88 E-Mail:medicina.sport@sacrocuore.it

Direttore Responsabile: Dr. Roberto Filippini

CONSENSO PER :

PROVA DA SFORZO

PROVA DA SFORZO CON PRELIEVO CAPILLARE ACIDO LATTICO

TEST CARDIOPOLMONARE

Verona, _____

Il sottoscritto _____

dichiara di essere stato informato dal medico curante della necessità di sottoporsi a prova da sforzo, allo scopo di verificare lo stato del cuore, della circolazione coronarica e del grado di allenamento.

Dichiara inoltre di essere stato informato della possibilità che durante questo esame si possano verificare disturbi imprevedibili (eccessive variazioni della pressione, disordini del ritmo cardiaco, svenimenti ed, eccezionalmente, attacchi cardiaci).

E' a conoscenza che nel laboratorio ove verrà eseguito l'esame sono disponibili attrezzature di emergenza e personale specializzato in grado di minimizzare i rischi derivanti dalla eventuale comparsa delle suddette complicanze.

Dichiara, infine, di aver letto e capito questo scritto e di aver avuto esaurienti risposte ad eventuali ulteriori domande.

Firma del Medico
che ha informato il Paziente

Firma del Paziente
