

## **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 proseguo dell'esame.

Successivamente dovrà eseguire uno sforzo che, secondo le normative di legge, prevede l'esecuzione di un esercizio di step 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'I.R.I. test per un tempo di 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.

**Recepite 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 .....