



**INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO
MEDICINA DELLO SPORT**

(L.219/2017 – Determina Regione Lazio G00642 del 25.1.2022)

Rev.01 del 14.4.2026

Centro Medico Rinascimento
Via Braccianese Claudia 58/a
00062 Bracciano RM

Tel 06 86661332 – 0696741131

Whatsapp 3332211574 - 3892089338 - 3275586281

Info@centromedicatorinascimento.it

MODULO DI CONSENSO INFORMATO – PERSONA CAPACE					
Io sottoscritto/a (Nome e Cognome)					
Nato/a a		Il (GG/MM/AAAA)		___/___/___	
Doc. d'identità		n.		del	___/___/___
Con riferimento al colloquio con: (Nome e Cognome del medico)					
Effettuato il		___/___/___		Relativamente al seguente atto sanitario proposto: (barrare le eventuali caselle del trattamento da effettuare)	

MEDICINA DELLO SPORT - CERTIFICAZIONI DI IDONEITÀ ALL'ATTIVITÀ SPORTIVA

La visita medico-sportiva ha lo scopo di valutare l'idoneità del paziente alla pratica dell'attività sportiva, attraverso un inquadramento clinico generale e specifico, in conformità alla normativa vigente.

Le tipologie di certificazione includono:

- attività sportiva non agonistica;
- attività sportiva agonistica (base);
- attività agonistica con test da sforzo (cicloergometro), indicata in particolare per soggetti di età superiore ai 40 anni o secondo valutazione medica.

La visita può comprendere:

- raccolta dell'anamnesi (storia clinica personale e familiare);
- esame obiettivo generale;
- misurazione della pressione arteriosa;
- elettrocardiogramma (ECG) a riposo;
- elettrocardiogramma sotto sforzo (test da sforzo al cicloergometro), se indicato;
- eventuali ulteriori accertamenti a discrezione del medico.

FINALITÀ ED INDICAZIONI DELLA VALUTAZIONE

La valutazione medico-sportiva ha lo scopo di:

- verificare l'assenza di controindicazioni alla pratica sportiva;
- identificare eventuali condizioni di rischio cardiovascolare o altre patologie;
- promuovere una pratica sportiva sicura;
- rilasciare certificazione di idoneità secondo la normativa vigente.

Il certificato può essere:



INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO MEDICINA DELLO SPORT

(L.219/2017 – Determina Regione Lazio G00642 del 25.1.2022)

Rev.01 del 14.4.2026

- di idoneità;
- di idoneità con limitazioni;
- di non idoneità temporanea o permanente.

EFFETTO CLINICO E CARATTERISTICHE DELLA PRESTAZIONE

La visita consente una valutazione clinica dello stato di salute in relazione all'attività sportiva richiesta.

Nel caso di test da sforzo con cicloergometro:

- il paziente pedala su una cyclette con carico progressivamente crescente;
- vengono monitorati frequenza cardiaca, pressione arteriosa ed ECG;
- il test viene interrotto al raggiungimento di parametri prestabiliti o in presenza di sintomi.

La durata complessiva della visita varia in base al tipo di certificazione richiesta.

RISCHI E POSSIBILI EFFETTI COLLATERALI

La visita è generalmente sicura. Tuttavia, in particolare durante il test da sforzo, possono verificarsi:

- affaticamento;
- dispnea (fiato corto);
- capogiri o senso di instabilità;
- dolore toracico (raro);
- aritmie cardiache (rare);
- eventi cardiovascolari acuti (estremamente rari).

Il test viene eseguito sotto controllo medico, con possibilità di interruzione immediata in caso di necessità.

CONTROINDICAZIONI

Il test da sforzo può essere controindicato in presenza di:

- patologie cardiache non stabilizzate;
- ipertensione arteriosa non controllata;
- infezioni acute o stati febbrili;
- condizioni cliniche non compatibili con lo sforzo fisico.

Il medico valuterà l'idoneità all'esecuzione degli esami.

INDICAZIONI PRE E POST VISITA

Prima della visita:

- presentarsi a digiuno leggero (se richiesto);
- evitare attività fisica intensa nelle ore precedenti;
- portare eventuale documentazione clinica (esami precedenti, referti, certificati);
- indossare abbigliamento comodo e scarpe da ginnastica (per test da sforzo);
- evitare assunzione di caffeina o stimolanti prima del test.

Dopo la visita:

- in caso di test da sforzo, evitare sforzi intensi immediatamente dopo;
- seguire eventuali indicazioni mediche;
- ritirare o ricevere il certificato secondo le modalità indicate.

PROCEDURE ALTERNATIVE

Non esistono alternative al rilascio della certificazione medico-sportiva quando questa è richiesta dalla normativa vigente per la pratica dell'attività sportiva.

In caso di non idoneità o dubbi diagnostici, potranno essere richiesti ulteriori accertamenti specialistici.

DICHIARO CHE:



INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO MEDICINA DELLO SPORT

(L.219/2017 – Determina Regione Lazio G00642 del 25.1.2022)

Rev.01 del 14.4.2026

- di aver ricevuto informazioni chiare, complete e comprensibili sulle proprie condizioni cliniche e sulla **visita medico-sportiva** proposta (eventualmente comprensiva di accertamenti strumentali quali ECG a riposo e/o sotto sforzo, spirometria, test da sforzo, valutazioni funzionali), sui benefici attesi, sui limiti, sui possibili rischi, effetti indesiderati e complicanze, nonché sulle eventuali alternative disponibili;
- di aver avuto la possibilità di riflettere sulla prestazione proposta, illustrata e spiegata durante il colloquio medico;
- di essere stato/a informato/a sulle possibili complicanze connesse agli accertamenti di medicina dello sport, incluse affaticamento, dispnea, vertigini, alterazioni della pressione arteriosa o della frequenza cardiaca, dolore toracico, aritmie e, seppur raramente, eventi avversi di maggiore entità durante test da sforzo;
- di essere stato/a informato/a che il giudizio di idoneità sportiva è espresso sulla base dei dati clinici e strumentali rilevati al momento della visita e che non può garantire in modo assoluto l'assenza di rischi durante l'attività sportiva;
- di essere consapevole di avere la facoltà di rifiutare, in tutto o in parte, la prestazione proposta;
- di essere consapevole della possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'esecuzione della prestazione.

- ☐ **ACCETTO** quindi, liberamente e spontaneamente, preso atto della situazione illustrata, il trattamento che mi è stato proposto
- ☐ **NON ACCETTO**, ben consapevole dei rischi che comporta il rifiuto delle cure
- ☐ **REVOCA (compilare in caso di)**
(data) _____ Firma _____

Data			
Firma della persona assistita			
Firma del medico			
NEL CASO IN CUI LA PERSONA ASSISTITA SIA FISICAMENTE IMPOSSIBILITATA A FIRMARE			
Nome Cognome ed estremi documento testimone		Firma	
Nome Cognome ed estremi documento testimone 2		Firma	

NEL CASO DI MINORE

Firma dei genitori/tutori _____

“In caso di assenza di uno dei due genitori esercenti la responsabilità genitoriale, il genitore presente dichiara la motivazione dell'assenza, assumendosi piena responsabilità in ordine alla prestazione sanitaria autorizzata.”