ALLEGATO 7

MODALITA' DI SVOLGIMENTO DEGLI ACCERTAMENTI SANITARI

I concorrenti sottoposti agli accertamenti sanitari presso l'Istituto di Medicina Aerospaziale dell'Aeronautica Militare di Roma, in ottemperanza alla vigente normativa in materia, dovranno rilasciare formale dichiarazione di consenso informato all'esecuzione degli accertamenti psico-fisici necessari alla valutazione dell'idoneità alla navigazione aerea quale pilota.

MODELLO DI DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DI ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (____), il ___/___/_____, informato/a dall'Istituto di Medicina Aerospaziale dell'Aeronautica Militare di Roma, in tema di significato, finalità e potenziali conseguenze derivanti dall'esecuzione degli accertamenti diagnostici previsti nel protocollo di seguito in elenco:

PROTOCOLLO DIAGNOSTICO:

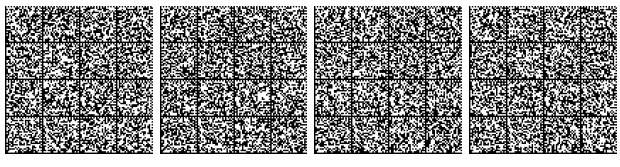
1. esame obiettivo generale con valutazione antropometrica (altezza, peso, perimetro toracico e addominale, indice di massa corporea, valutazione morfo-funzionale degli arti, distanza vertice-glutei e glutei ginocchia, distanza di presa funzionale);
2. visita cardiologica: esame obiettivo cardiologica, ecg di base;
3. visita oculistica: valutazione della funzionalità visiva, nel senso cromatico, della visione binoculare, del senso stereoscopico, esame del segmento anteriore, esame della motilità oculare;
4. visita otorinolaringoiatrica: rinoscopia, otoscopia, faringoscopia, controllo apparato masticatorio, audiometria, timpanogramma, valutazione della funzione vestibolare, test foniatrici;
5. visita neurologica: esame obiettivo neurologico;
6. visita psichiatrica: con colloquio, test psico clinici e prove strumentali;
7. visita ginecologica: esame obiettivo ginecologico;
8. analisi del sangue comprendenti: emocromo con formula, VES, glicemia, creatininemia, ALT –AST- GGT, bilirubina totale e frazionata, colesterolemia totale, trigliceridemia, HCV, esame delle urine, test di gravidanza per il solo personale femminile;
9. eventuale ricerca dei cataboliti urinari delle sostanze stupefacenti e delle sostanze psicotrope a scopo non terapeutico: amfetamine, cocaina, oppiacei, cannabinoidi, e barbiturici;
10. visita per il controllo dell'abuso sistematico dell'alcool;
11. ogni ulteriore indagine ritenuta utile per consentire adeguata valutazione clinica e medico legale del concorrente,

DICHIARA

di aver ben compreso quanto gli/le è stato spiegato e in ragione di ciò,

ACCONSENTE

ad essere sottoposto/a agli accertamenti in precedenza elencati.

Roma, _____

_____
firma del candidato