

Casa di Cura Ambrosiana Spa	Sistema Sanitario  Regione Lombardia	Modulo 66	Versione 04	Data 08/11/2019	Documento di riferimento
CONSENSO INFORMATO					
TEST ERGOMETRICO					

Gentile Signore/a (Cognome e nome) _____

Nato/a _____ il _____ / _____ / _____

in questo stampato troverà informazioni utili per l'esame che sta per effettuare (prova da sforzo). La preghiamo di leggere attentamente e quindi, se acconsente all'esame, di apporre la Sua firma.

1. Come viene effettuato l'esame

La prova da sforzo verrà effettuata su un cicloergometro (cyclette). L'intensità dell'esercizio verrà progressivamente incrementata aumentando la resistenza della cyclette. Ad intervalli regolari Le verrà controllata la pressione artesiosa. Il Suo elettrocardiogramma sarà invece controllato in continuo sul monitor. Il test può essere interrotto in qualunque momento se compaiono sintomi, segni di affaticamento, modificazioni significative della frequenza cardiaca, dell'elettrocardiogramma (ECG), o dei valori di pressione arteriosa. È importante che sappia che potrà fermarsi in qualunque momento per affaticamento o altri sintomi.

2. Benefici dell'esame

Gli scopi della prova da sforzo possono essere così riassunti:

- valutare se i disturbi accusati sono o meno di origine cardiaca
- consentire la corretta gestione di una cardiopatia nota
- ottimizzare il trattamento farmacologico e controllare l'efficacia della terapia
- stabilire un piano di riabilitazione
- accettare l'idoneità alla pratica sportiva
- accettare lo stato dell'apparato cardiovascolare

3. Rischi dell'esame

La grande maggioranza delle prove da sforzo è priva di rischi. Tuttavia possono verificarsi alcuni problemi, come aumento della pressione, aritmie, svenimento, e molto raramente angina, infarto, ictus e morte. E' tuttavia importante ricordare che questi possibili rischi sono soprattutto teorici e la probabilità che si verifichino è bassissima: in sostanza il rischio non è maggiore di quello di una corsa in pianura o una camminata veloce in salita. Verrà comunque presa ogni precauzione per minimizzare i rischi; le attrezzature di emergenza sono presenti nell'ambulatorio ed il personale è addestrato ad occuparsi dei problemi che si possono presentare (consideri che qualunque sforzo di pari intensità eseguito a casa o in strada comporta rischi di gran lunga maggiori).

4. Responsabilità del partecipante

Tutte le informazioni sul Suo stato di salute o precedenti eventi o sensazioni anomale connesse con lo sforzo fisico sono importanti al fine della sicurezza e dell'attendibilità della prova da sforzo. La Sua pronta segnalazione di ogni sensazione o sintomo insorto durante la prova da sforzo è di grande importanza. Sua è la responsabilità della segnalazione di tali informazioni al personale che esegue l'esame.

5. Domande

Il medico che effettua l'esame è disponibile per rispondere a tutte le domande circa il significato, i rischi, le procedure ed i risultati della prova da sforzo.

6. Libertà di consenso

Il consenso ad effettuare la prova da sforzo è volontario. Siete liberi di sospendere l'esame in ogni momento.

Ho letto e compreso quanto sopra ed ho avuto la possibilità di porre domande in merito ai rischi, benefici e possibili alternative all'esame (prova da sforzo), cui è stata data risposta dal Dott. _____

Pertanto acconsento a partecipare a questo esame

Nome del paziente

Firma del paziente

Data

Firma del medico