

**DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE E DI CONSENSO
ALL'ESECUZIONE DEL TEST DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO**

Gentile Sig./Sig.ra _____,

con la presente La informiamo che, per la sua situazione clinica, Le viene proposta l'esecuzione di un test da sforzo con cicloergometro.

CHE COS'È: La prova da sforzo al cicloergometro è un'indagine che serve per valutare lo stato attuale del mio cuore e indirettamente della circolazione coronarica.

COME SI SVOLGE: l'esame si svolge a torace nudo su bicicletta ergonomica, con graduale aumento dello sforzo. Durante tutto l'esame vengono costantemente monitorizzati elettrocardiogramma e pressione arteriosa. L'esame viene eseguito sotto controllo di un Medico Cardiologo e di un infermiere. Avvisare se durante l'esame compaiono disturbi, in particolar modo:

- difficoltà di respiro
- dolore al torace, alla mandibola e alle braccia
- peso retrosternale
- stanchezza

L'interruzione dell'esame è ordinata dal cardiologo.

COMPLICANZE: Il test da sforzo è un esame comunemente eseguito; si possono verificare tuttavia rare complicanze: eccessive variazioni della pressione arteriosa, svenimento, alterazioni del ritmo cardiaco fino ad arresto cardiaco. Sono disponibili apparecchiature di emergenza e personale specializzato in grado di minimizzare i rischi.

Gentile Signora o Signore,

la prova da sforzo al cicloergometro che Lei si appresta ad eseguire viene effettuata allo scopo di meglio valutare le Sue condizioni cardiocircolatorie vuoi a fini diagnostici, vuoi per una valutazione funzionale.

L'indagine deve essere stata richiesta da un Cardiologo, dal Suo Medico Curante o dal Medico Sportivo i quali debbono aver accertato l'assenza di controindicazioni al test ergometrico.

L'esame verrà effettuato mediante l'impiego di una particolare attrezzatura computerizzata (cicloergometro) che consentirà un incremento progressivo dello sforzo fisico. Durante tale sforzo le Sue condizioni cliniche verranno tenute costantemente sotto controllo da parte di un Cardiologo e di un Infermiere Professionale tramite l'impiego di un monitor oscilloscopico con rilevazioni della pressione arteriosa e della frequenza cardiaca ogni minuto, controllo continuo dell'ECG sul monitor con memorizzazione automatica di possibili eventi patologici e registrazione dello stesso su carta ogni due minuti. Il nostro Servizio di Cardiologia dispone di personale ed attrezzature idonee ad affrontare qualsiasi problema.

Le raccomandiamo di:

- non fumare nelle tre ore precedenti il test;
- indossare un abbigliamento comodo per pedalare (scarpe da ginnastica), indumenti sportivi, pantaloncini corti (o comunque pantaloni larghi);
- consumare il pasto almeno due ore prima della prova e non bere caffè, the, alcoolici, né assumere panna o creme;
- portare con sé eventuali elettrocardiogrammi eseguiti in precedenza o altre documentazioni cliniche.

Per presa visione;

Data _____

Firma _____

Data _____ Ora _____

Nome _____ Cognome _____

Nato/a a _____ il _____

Diagnosi di ingresso _____

Sintesi della situazione clinica _____

La prova da sforzo al cicloergometro che Lei si appresta ad eseguire viene effettuata allo scopo di meglio valutare le Sue condizioni cardiocircolatorie vuoi a fini diagnostici, vuoi per una valutazione funzionale.

L'indagine deve essere richiesta da un Cardiologo, dal Suo Medico Curante o dal Medico Sportivo i quali debbono aver accertato l'assenza di controindicazioni al test ergometrico.

L'esame verrà effettuato mediante l'impiego di una particolare attrezzatura computerizzata (cicloergometro) che consentirà un incremento progressivo dello sforzo fisico. Durante tale sforzo le Sue condizioni cliniche verranno tenute costantemente sotto controllo da parte di un Cardiologo e di un Infermiere tramite l'impiego di un monitor oscilloscopico con rilevazioni della pressione arteriosa e della frequenza cardiaca ogni minuto, controllo continuo dell'ECG sul monitor con memorizzazione automatica di possibili eventi patologici e registrazione dello stesso su carta ogni due minuti.

Durante l'indagine potranno eventualmente insorgere disturbi quali dolore al petto, difficoltà respiratorie, palpitazioni, senso di mancamento. Se tali sintomi dovessero manifestarsi sarà necessario avvertire immediatamente il personale medico e infermieristico. Questa indagine presenta dei rischi pur se prescritta e condotta secondo arte e le più moderne conoscenze mediche; in particolare sono possibili complicanze cardiovascolari quali infarto miocardico, aritmie minacciose ed ictus cerebri.

Il nostro Servizio di Cardiologia dispone di personale e di attrezzature idonee ad affrontare qualsiasi emergenza cardiologica. Ricordiamo che la non esecuzione dell'indagine sopra descritta potrebbe implicare un'incompletezza dell'iter diagnostico-terapeutico.

Io sottoscritto, in merito al trattamento proposto, dichiaro:

- di essere stato adeguatamente informato circa i benefici, i rischi prevedibili, le possibili complicanze prevedibili, le alternative possibili, gli effetti indesiderati prevedibili, gli eventuali trattamenti terapeutici da effettuare dopo il trattamento sanitario;
- di aver ricevuto un'informazione chiara, completa ed esaustiva,
- di aver avuto il tempo di porre, senza fretta al

Dr _____ tutte le domande che ho ritenuto più opportune riguardante l'intervento propostomi e di avere ricevuto risposte chiare e soddisfacenti.

Invitato dal medico ho ripetuto allo stesso, con parole mie, le informazioni sopraindicate, dimostrando di aver compreso pienamente il significato delle informazioni ricevute dal medico. Dichiaro altresì di accettare liberamente di sottopormi a questa prova perché sono consapevole che sarà utile a controllare l'efficienza del mio apparato cardiocircolatorio e soprattutto a valutare la necessità reale di ulteriori e più complesse indagini che potrebbero risultare indispensabili per evitare gravi eventi futuri.

Io sottoscritto, capace di intendere e volere, in grado di comprendere la lingua italiana, avuto adeguato tempo per leggere e riflettere sul presente modulo scritto, sulle informazioni riportate e su quelle integrate su mia richiesta e ricevute da parte del medico indicato

Acconsento
alla procedura propostami

Firma paziente _____

Firma medico _____

Firma dell'infermiere _____