



INFORMAZIONI RELATIVE ALL'ESECUZIONE DI TEST DA SFORZO AL CICLOERGOMETRO

Egr. Sig./ra _____

Il Suo medico curante, Dott. _____ Le ha spiegato che nel suo caso è consigliata l'esecuzione di un'indagine diagnostica denominata TEST ERGOMETRICO o cicloergometro. Il test ergometrico rappresenta una delle procedure più frequentemente utilizzate in campo cardiologico. Esso consiste nell'esecuzione di un monitoraggio elettrocardiografico durante uno sforzo fisico eseguito con carichi di lavoro crescenti su un cicloergometro (bicicletta). Lo sforzo provoca un aumento della frequenza cardiaca e della pressione arteriosa e quindi del consumo d'ossigeno del cuore. In caso di malattia coronarica c'è un'incapacità del circolo coronarico di adeguarsi a quest'aumentata richiesta d'ossigeno. Ne possono derivare sintomi quali affaticamento muscolare, difficoltà di respiro, dolori anginosi, variazioni della pressione arteriosa, svenimenti ed eccezionalmente attacchi cardiaci. Nel laboratorio dove sarà eseguito l'esame, sono disponibili attrezzature e personale specializzato in grado di dare una risposta ai rischi derivanti dall'eventuale comparsa delle suddette complicanze. Per l'esecuzione di tal esame è necessario non assumere cibo nelle tre ore precedenti l'esame ed indossare un abbigliamento comodo.

Se ha compreso le spiegazioni ed ha deciso di sottoporsi all'esame, La preghiamo di firmare sul retro di questo foglio la sua dichiarazione di consenso.

DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE E DI CONSENSO ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME

Io sottoscritt _____ dichiaro di

essere stat ___ informat ___ in modo esauriente e comprensibile dal Dott. _____
sulle modalità di esecuzione dell'esame e sulle eventuali alternative diagnostiche.

In particolare mi sono state illustrate, anche mediante fogli esplicativi, le possibili complicanze legate all'indagine con particolare riguardo ai rischi specificamente connessi con il mio caso.

Ho comunque appreso che, sulla base della consolidata esperienza clinica, l'utilità dei risultati attesi dall'indagine prevale di gran lunga sui possibili effetti indesiderati.

Preso atto di tutte le informazioni, comprese le eventuali opzioni diagnostiche alternative,

acconsento

non acconsento

all'indagine proposta.

Dichiaro inoltre di essere a conoscenza che, dinanzi ad impreviste complicanze o emergenze, potrebbe rendersi necessario modificare la procedura concordata o eseguire trattamenti diretti a fronteggiare tali evenienze; se in queste circostanze non fosse possibile interpellarmi, autorizzo sin d'ora ogni trattamento giudicato utile/necessario.

Per quanto a mia conoscenza, dichiaro di:

non essere allergico/a a farmaci

essere allergico/a a _____

Data _____

Firma _____

Il medico _____

PER LE DONNE IN ETÀ FERTILE

Gentile Signora è importante che prima dell'indagine Lei segnali uno stato di gravidanza in atto, sospettata o anche solo possibile, affinché il medico che Le ha prescritto l'esame e lo specialista che dovrebbe eseguirlo possano preventivamente valutare assieme a Lei l'entità oggettiva del rischio, la necessità/urgenza di eseguire l'esame e l'eventuale ipotesi di rischio.

La sua firma "per presa visione" indica che ha bene compreso tutte le informazioni e che **acconsente** all'espletamento dell'esame.

Data _____

Firma _____

IN CASO DI PAZIENTE INCAPACE

Dati del legale rappresentante (in caso di soggetto privo di tutto o in parte di autonomia decisionale):

Nome e Cognome (stampatello) _____

Documento _____ Firma _____ Data _____

INFORMAZIONE DATA AL PAZIENTE TRAMITE INTERPRETE E TESTIMONI

INTERPRETE:

Nome e Cognome (stampatello) _____

Documento _____ Firma _____ Data _____

TESTIMONE:

Nome e Cognome (stampatello) _____

Documento _____ Firma _____ Data _____