



Attività Ambulatoriale Pneumologica

Centro Multidisciplinare per lo Studio della Dispnea

Ospedale "Sacro Cuore Don Calabria" – Via Sempreboni, 5
37024 Negrar (VR) – Tel. 045-6013885



Consenso informato all'esecuzione del Test da Sforzo Cardiopolmonare (Ergospirometria)

Io sottoscritto.....
nato il, autorizzo a sottopormi ad un test ergospirometrico.

Scopo del test è quello di valutare l'eventuale presenza di una patologia a carico dell'apparato cardiorespiratorio.

Il test viene eseguito in presenza costante di due specialisti: uno Pneumologo ed un Cardiologo al fine di garantire la valutazione in continuo della funzione respiratoria e cardiaca durante l'esercizio fisico.

L'esame consiste nel compiere uno sforzo pedalando su una ciclette o correndo su un tapis roulant, il cui carico di lavoro viene aumentato progressivamente secondo un protocollo standardizzato, fino al raggiungimento di quella tra le seguenti condizioni che si verifichi per prima:

1. completamento del test fino al carico di lavoro prefissato,
2. comparsa di esaurimento muscolare,
3. comparsa di una qualsiasi sintomo soggettivo o di una qualsiasi risposta anomala o chiaramente patologica durante lo sforzo.

Durante l'esame saranno monitorati in continuo i parametri ventilatori/metabolici (consumo di ossigeno e di anidride carbonica) mediante maschera facciale, l'elettrocardiogramma completo (12 canali) e la pressione arteriosa, con lo scopo di rilevare il limite fra sforzo aerobico e sforzo anaerobico (soglia lattacica o anaerobica massimale) ed ogni eventuale problema a carico dell'apparato cardio-respiratorio.

Verrà posta la massima cura nel cercare di ridurre al minimo ogni mio disturbo o rischio e potrò chiedere di interrompere il test in qualsiasi momento.

Sono tuttavia a conoscenza dei principali rischi potenziali che il test da sforzo comporta e che, nella fattispecie, comprendono: astenia, vertigini transitorie, lipotimie, dolore toracico, crampi agli arti inferiori, cardiopalmo, crisi anginosa.

A tale proposito sono informato che la preparazione professionale del personale addetto è tale da garantire ogni intervento terapeutico di emergenza.

Confermo di essere stato esaurientemente informato sulle modalità di svolgimento del test.

Data _____

Firma per consenso _____