

INFORMAZIONI RELATIVE ALL'ESECUZIONE DI TEST PER RICERCA DI ALTERNANZA DELL'ONDA T - MTWA

Egr. Sig./ra _____

Il Suo medico curante, Le ha consigliato l'esecuzione di un test denominato Alternanza dell'onda T o MTWA. Questo test rileva l'alternanza di voltaggio dell'onda T, una delle onde che costituiscono l'elettrocardiogramma, mediante elettrodi molto sensibili in grado di individuarla. Numerosi studi clinici hanno dimostrato che questo parametro si associa, quando presente, ad un aumentato rischio di morte cardiaca improvvisa. Il test può essere effettuato ambulatorialmente o in regime di ricovero, nello stesso modo in cui si esegue il test da sforzo al cicloergometro. Esso richiede di incrementare la frequenza cardiaca mediante sforzo fisico e per l'esecuzione Lei verrà preparato/a con un set di 14 elettrodi sul torace, sette elettrodi normali e sette ad alta definizione. Al fine di migliorare la registrazione del segnale elettrico le verrà praticata, con apposita carta abrasiva, una leggera scarificazione della cute prima di applicarle gli elettrodi. L'arrossamento della cute nei punti di applicazione degli elettrodi le potrebbe perdurare qualche giorno. A differenza del test da sforzo al cicloergometro, la frequenza cardiaca viene aumentata gradualmente e Lei non sarà tenuto/a a sforzarsi fino all'esaurimento muscolare. È comunque possibile che Lei avverta sintomi come angor, dispnea, cardiopalmo o sincopi da sforzo.

La informiamo che nel laboratorio dove viene eseguito l'esame sono disponibili attrezzature idonee ed il personale è in grado di intervenire adeguatamente per fronteggiare qualsiasi evento o emergenza si dovesse presentare.

Se Lei ha compreso le spiegazioni ed ha deciso di accettare di sottoporsi all'esame, è pregato di firmare 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 _____