

INFORMAZIONI RELATIVE ALL'ESECUZIONE DI ECOCARDIOGRAMMA DA STRESS FISICO

Egr. Sig./ra _____

Il Suo medico curante, Dott. _____ Le ha spiegato che nel suo caso è consigliata l'esecuzione di un'indagine diagnostica denominata **ecostress con sforzo fisico**. Questo test rappresenta una procedura sempre più utilizzata in campo cardiologico in quanto non prevede l'utilizzo di farmaci ed è in grado di unire la metodica ecocardiografia allo sforzo fisico.

Esso consiste nell'esecuzione di un monitoraggio ecocardiografico durante uno sforzo eseguito con carichi di lavoro crescenti su di un apposito 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 vi è un'incapacità del circolo coronarico di adeguarsi a quest'aumentata richiesta d'ossigeno. Ne possono derivare quindi sintomi, ma anche alterazioni della cinetica segmentaria (movimento anomalo delle pareti cardiache) che possono essere visualizzate direttamente dal cardiologo che esegue l'ecocardiogramma.

Per quanto riguarda i **rischi di eventi indesiderati** connessi con l'indagine, pure se prescritta e condotta secondo arte e secondo le più moderne conoscenze mediche sono rari, insorgenza di infarto miocardico acuto, aritmie gravi, arresto cardiaco. Le è certamente noto che in ogni trattamento sanitario vi è possibilità di conseguenze dannose, a volte anche imprevedibili, nonostante il corretto comportamento dell'operatore.

A seguito dell'esame che Le viene proposto si possono verificare i seguenti effetti indesiderati: dolore al petto, difficoltà a respirare, palpitazioni, sudorazione, senso di calore diffuso, senso di mancamento (con una frequenza inferiore a 1/1.000).

Il medico la informerà dei rischi specificamente connessi con la Sua situazione, ma potrà anche assicurarLe che, sulla base della consolidata esperienza clinica, i benefici che si intendono realizzare sono proporzionati e giustificano l'esposizione a possibili effetti indesiderati.

La invitiamo comunque ad avvisare il cardiologo se nel corso dell'esame si presenterà uno di questi disturbi:

- senso di oppressione retrosternale, peso o dolore toracico;
- difficoltà di respiro;
- palpitazioni anomale;
- malessere generale o senso di svenimento.

Nel laboratorio dove sarà eseguito l'esame sono comunque disponibili attrezzature e personale specializzato in grado di affrontare e risolvere tempestivamente l'eventuale comparsa di sintomi.

Per l'esecuzione di questo esame è necessario **non** assumere cibo e bevande nelle 3 ore precedenti l'esame ed indossare un abbigliamento comodo (tuta e scarpe da ginnastica). Non è necessario essere accompagnati. L'esame ha una durata di circa un'ora.

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 ECOCARDIOGRAMMA DA STRESS FISICO

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, i benefici che si intendono realizzare giustificano l'esposizione a possibili effetti indesiderati.

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

acconsento

non acconsento all'indagine proposta

Dichiaro 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 situazioni non fosse possibile interpellarmi, autorizzo sin d'ora ogni trattamento giudicato utile/necessario.

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 rinvio.

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

Data _____

Firma _____

INFORMAZIONE DATA AL PAZIENTE TRAMITE INTERPRETE E TESTIMONI

INTERPRETE:

Nome e Cognome (stampatello) _____

Documento _____ Firma _____ Data _____

TESTIMONE:

Nome e Cognome (stampatello) _____

Documento _____ Firma _____ Data _____

REVOCA DEL CONSENSO

prima dell'inizio del trattamento

nel corso del trattamento

Data _____

Firma _____