



CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DEL TEST ERGOMETRICO

Io sottoscritto nato a..... il
autorizzo il Dott a sottopormi ad un test da sforzo (test ergospirometrico).

Mi è stato spiegato che lo scopo del test è quello di valutare:

- con maggiore precisione il mio stato funzionale
- l'eventuale presenza di una patologia a carico dell'apparato cardiaco, in particolare coronarico

Durante l'esecuzione dello sforzo mi verranno ripetutamente controllate la frequenza cardiaca e la pressione arteriosa, mentre un medico seguirà l'andamento dell'elettrocardiogramma.

Il test potrà essere eseguito sul *tappeto rotante* (pedana mobile) o sulla *cyclette* (cicloergometro). L'intensità dello sforzo verrà gradualmente incrementata in relazione alle mie capacità muscolari, cardiocircolatorie e respiratorie sino al termine dell'esame o all'eventuale comparsa di sintomi quali fatica, mancanza di respiro, dolore al torace, capogiri o altri disturbi che dovrò sempre comunicare.

Durante il test ergometrico, anche se eseguito secondo arte, esiste la possibilità che si verifichino eventi avversi tra i quali variazioni abnormi della pressione arteriosa, disturbi del ritmo cardiaco, alterazioni dell'elettrocardiogramma, svenimenti o - in circostanze rarissime - attacchi cardiaci, ictus o morte (meno di 1 ogni 10.000 test). Il medico che presiederà all'esecuzione del test sarà comunque in grado di darmi la necessaria assistenza. Nel propormi il test da sforzo il medico ritiene che questi rischi siano, per il mio stato di salute, comunque di gran lunga inferiori rispetto ai rischi e alle conseguenze derivanti dalla mancata esecuzione del test.

Qualora avessi bisogno - sia prima che durante l'esecuzione dell'esame - mi saranno forniti tutti i chiarimenti che riterrò necessari; in qualsiasi momento potrò, inoltre, ritirare il consenso già fornito e quindi non sottopormi al test o interromperlo.

Ulteriori informazioni richieste:

.....
.....
.....

Cognome e Nome del Paziente	Firma del Paziente (per esteso)
Timbro e firma del Medico (per esteso)	Data (giorno, mese, anno)

Il presente documento è stato concordato con la Direzione Sanitaria

Viale Dendrofori 4/6 – 32100 Belluno - C.F. e P.IVA 01089920258
tel. e fax 0437-941992 - info@cmsbl.it - www.cmsbl.it