



INFORMAZIONI E CONSENSO INFORMATO PER L'ESECUZIONE DI TEST ERGOMETRICO

Acconto ad essere sottoposto all'elettrocardiogramma da sforzo, allo scopo di definire la natura dei disturbi cardiaci da me accusati, di accertare lo stato del sistema cardiovascolare e di decidere sull'ulteriore iter clinico e terapeutico grazie alle specifiche cognizioni che derivano da questa indagine.

Prima di sottopormi alla procedura ho avuto un colloquio con un medico cardiologo il quale mi ha illustrato le specifiche modalità di esecuzione della prova.

Sono stato perciò messo al corrente che l'esame consiste in uno sforzo fisico praticato su una cyclette, che lo sforzo verrà protratto fino al raggiungimento di specifici criteri elettrocardiografici e/o clinici, a meno che io desideri l'interruzione della prova per sopraggiunta stanchezza muscolare o per altri motivi, che durante la stessa verrà registrato continuamente l'elettrocardiogramma e verrà misurata la pressione arteriosa a intervalli.

Sono stato altresì messo al corrente:

- dei disturbi che eventualmente potranno insorgere durante l'indagine (dolore al petto, difficoltà respiratorie, palpitazione, senso di mancamento);
- della necessità di avvertire tempestivamente il personale medico e infermieristico non appena tali sintomi dovessero manifestarsi;
- di rischi insiti dell'indagine, pur se prescritta e condotta secondo arte e le più moderne conoscenze mediche. Nella letteratura medica internazionale le complicanze più gravi (alterazioni del ritmo cardiaco, ischemia cardiaca prolungata) sono così rare che possono verificarsi in 1 caso su 10.000 esami (0,0001%);
- al diritto di ritirare il mio consenso in qualsiasi momento senza alcuna spiegazione.

Sono stato infine informato che la non esecuzione dell'esame implica:

- una incompletezza dell'iter clinico e diagnostico;
- una carente formulazione della diagnosi finale;
- l'inizio o la prosecuzione della terapia in termini empirici, ovvero l'impossibilità di stabilire una corretta terapia, con tutto ciò che ne deriva in termini di prognosi.

Le apparecchiature necessarie e il personale addestrato per fronteggiare qualsiasi urgenza/emergenza saranno prontamente disponibili.

Ho letto e compreso quanto sopra e ho ottenuto risposta ad ogni mia richiesta o chiarimento.



Io sottoscritto/a _____ C.F. _____
nato/a _____ il ____/____/____ e residente a _____ in
via _____

Dichiara di essere stato informato esaurientemente in merito all'esame da eseguire, sulle indicazioni e gli eventuali rischi e le conseguenze che ne possono derivare. Confermo di aver compreso le spiegazioni che mi sono state fornite (attraverso questo foglio) e pertanto acconsento di sottopormi a questa procedura

Firma del paziente _____ Luogo e Data _____

Firma del medico _____ Luogo e Data _____

DA COMPILARSI ESCLUSIVAMENTE NEL CASO DI SOGGETTI MINORENNI E/O TUTELATI:

Io sottoscritto/a _____ C.F. _____
nato/a _____ il ____/____/____ e residente a _____ in
via _____ in qualità di tutore del paziente inabilitato/genitore del paziente
minorenne esercente la potestà genitoriale _____
C.F. _____ nato/a _____ a _____ il ____/____/____ e residente
in _____

Dichiara di essere stato informato esaurientemente in merito all'esame da eseguire, sulle indicazioni e gli eventuali rischi e le conseguenze che ne possono derivare. Confermo di aver compreso le spiegazioni che mi sono state fornite (attraverso questo foglio) e pertanto acconsento di sottopormi a questa procedura.

Firma del genitore/tutore _____ Luogo e Data _____

Firma del medico _____ Luogo e Data _____