

**CONSENSO INFORMATO PER TEST
ELETTROCARDIOGRAFICO DA SFORZO**

*etichetta paziente o
nome cognome e
data di nascita*

Io sottoscritto/a _____ nato/a il _____
accetto volontariamente di sottopormi ad un test elettrocardiografico da sforzo richiesto dal mio
Medico curante.

Il Dr. _____ mi ha esaurientemente e in modo a me ben comprensibile
illustrato che scopo del test è:

- valutare l'eventuale presenza di una cardiopatia,
- valutare l'efficacia del trattamento farmacologico cui sono attualmente sottoposto,
- valutare il mio stato di forma fisica ai fini lavorativi, assicurativi o sportivi.

Sono stato informato sulle modalità di svolgimento del test:

- durante l'esercizio su cicloergometro sarà monitorato il mio tracciato elettrocardiografico e verrà misurata ad intervalli regolari la mia pressione arteriosa;
- il carico di lavoro verrà aumentato progressivamente secondo un protocollo standardizzato, fino al raggiungimento di quella tra le seguenti condizioni che si verifichi per prima:
 - completamento del test fino al carico di lavoro prefissato;
 - comparsa di esaurimento muscolare
 - comparsa di una qualsiasi risposta anomala o chiaramente patologica durante lo sforzo.

Potrò richiedere di interrompere il test in qualsiasi momento.

Sono stato informato di:

- Presentarmi a digiuno per un tempo maggiore di 2 ore o eventualmente avendo assunto un pasto leggero
- Indossare scarpe e abbigliamento comodo

Sono tuttavia a conoscenza dei rischi potenziali che il test da sforzo, come d'altra parte altri tests diagnostici, comporta, e che nella fattispecie comprendono: astenia, vertigini transitorie, lipotimie, dolore toracico, crampi alle gambe, cardiopalmo. Raramente (in circa 2 o 3 casi su 10.000) si può verificare infarto miocardico o morte improvvisa. A tale proposito sono informato che l'ambulatorio è equipaggiato per tali evenienze e che la preparazione professionale del personale è tale da garantire ogni intervento terapeutico d'emergenza.

- Intendo dunque, liberamente e coscientemente sottopormi al trattamento consigliatomi avendo ricevuto le informazioni necessarie per valutarne l'opportunità.
- Non intendo sottopormi al trattamento consigliatomi pur essendo stato informato delle conseguenze legate al mio rifiuto.

Sottoscritto in data ____/____/____/

Firma del paziente¹ _____

Firma del medico _____

Firma di eventuale interprete _____

¹ O della persona autorizzata ad acconsentire per il paziente se questi è minore o incapace di intendere e volere.

Firma di eventuale testimone _____