

**CONSENSO INFORMATO
PER TEST ELETTROCARDIOGRAFICO
DA SFORZO CARDIOPOLMONARE***etichetta paziente o
nome cognome e
data di nascita*

Io sottoscritto/a.....nato/a il

accetto volontariamente di sottopormi ad un test da sforzo cardiopolmonare richiesto dal mio Medico Curante.

Il Dr. _____ mi ha esaurientemente e in modo a me ben comprensibile illustrato che: il Test da Sforzo cardiopolmonare con misura dei gas espiratori e della ventilazione ha lo scopo di accertare lo stato del sistema cardiovascolare e di permettere di decidere quale iter clinico e terapeutico debba essere intrapreso grazie alle specifiche informazioni che derivano da questa indagine.

L'esame consiste in uno sforzo fisico praticato su un cicloergometro, che verrà protratto fino al raggiungimento di specifici criteri elettrocardiografici e/o clinici, a meno che Lei non desideri l'interruzione della prova per stanchezza muscolare o per altri motivi. Durante il test verrà registrato continuamente l'elettrocardiogramma e verranno misurati (attraverso l'impiego di un boccaglio) ventilazione, consumo di ossigeno, produzione di anidride carbonica e parametri derivati, pressione arteriosa ad intervalli stabiliti. In alcuni casi è necessario prelievo di sangue arterioso.

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

Durante l'indagine potranno eventualmente insorgere dei disturbi quali:

- dolore al petto
- difficoltà respiratorie
- palpitazioni
- senso di mancamento

Se tali sintomi dovessero manifestarsi sarà necessario avvertire immediatamente il personale medico ed infermieristico.

Questa indagine presenta gli stessi rischi di un elettrocardiogramma da sforzo standard; sono quindi possibili, anche se estremamente rare, complicanze cardiovascolari quali infarto miocardico, aritmie minacciose ed ictus cerebri in particolare nei pazienti affetti da coronaropatia di grado severo o scompenso cardiaco.

Le è stata inoltre fornita informazione circa il possibile utilizzo a scopo di ricerca dei dati che deriveranno dall'esame, nel rispetto del più assoluto anonimato.

L'ambulatorio è equipaggiato per tali evenienze e 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.

**CONSENSO INFORMATO PER TEST
ELETTROCARDIOGRAFICO DA SFORZO**

Firma di eventuale testimone
