Poliambulatorio Ugo Bassi
via Gennari 114 - Cento (FE)
tel: 0516835181

CONSENSO INFORMATO PER "PROVA DA SFORZO AL CICLOERGOMETRO"

Il Sottoscritto …….....……

- per se stesso
- esercente/i la potestà genitoriale del minore……....a cui è stata data adeguata informazione sul consenso e sulla procedura sottoriportati (essendo i sottocitati trattamenti considerati come "trattamenti medici comuni", è sufficiente il consenso di uno solo dei genitori)
- legale rappresentante (in caso di soggetto privo in tutto o in parte di autonomia decisionale)
  di ……....
  ....(allegare fotocopia del documento del legale rappresentante)

Dichiaro

che prima di sottopormi al test cardiologico da sforzo ho avuto un colloquio con il personale dell'ambulatorio di cardiologia che mi ha illustrato la modalità di esecuzione dell'esame:

Il test da sforzo è una prova standardizzata di lavoro muscolare, eseguita al cicloergometro con resistenza progressivamente crescente e con costante monitoraggio dei parametri vitali ed elettrocardiografici che ha lo **scopo di saggiare la tolleranza del cuore allo sforzo**. Il test si protrarrà sino all'esaurimento muscolare, o verrà interrotto per la comparsa di sintomi come la fatica a respirare importante, o dolori toracici, o aritmie importanti. Seguirà un periodo di defaticamento di minimo 3 min.

Prima di effettuare il test è importante seguire le seguenti norme comportamentali:

1. se eseguita nel pomeriggio non mangiare nelle 3 ore precedenti l'esame, se eseguita al mattino è permesso solo una colazione non abbondate;
2. non fumare da almeno 2 ore prima dell'inizio della prova;
3. non compiere sforzi muscolari di una certa importanza nelle ore precedenti la prova;
4. poichè il/la paziente potranno sudare presentarsi con abiti larghi ed idonei, meglio se tuta e maglietta, ed asciugamano; eventualmente bottiglietta d'acqua;
5. portare eventuali elettrocardiogrammi e/o accertamenti cardiologici già eseguiti;

Prima dell'esecuzione dell'esame il pz avrà un colloquio con il Cardiologo che eseguirà l'esame il quale accerterà che non sussistano controindicazioni o condizioni per i quali il test debba essere rinviato o non eseguito e chiederà il consenso all'esecuzione dell'esame.

li ..... Firma del paziente ……

Poliambulatorio Ugo Bassi

via Gennari 114 - Cento (FE)
tel: 0516835181

L'esame verrà eseguito dal Dott. ……
che mi ha informato ed ho avuto la possibilità di ricevere i chiarimenti necessari in merito:

- alla comparsa di lievi effetti collaterali che potranno insorgere durante l'indagine come palpitazioni, sudorazione, fatica a respirare o senso di calore diffuso, o sintomi come senso di mancamento (con una frequenza inferiore a 1/1.000), fatica a respirare intensa o dolore al torace, al collo o al braccio.
- alla necessità di avvertire tempestivamente il personale medico e infermieristico non appena si dovessero manifestare dei sintomi, in modo tale che il medico potrà decidere se interrompere l'esame.
- Sono stato altresì informato che la procedura, ancorché effettuata secondo Leges Artis, comporta una **incomprimibile percentuale di disturbi e complicanze** insiti nell'indagine: insorgenza di infarto miocardico acuto, aritmie gravi, arresto cardiaco fino al decesso (quest'ultimo con una frequenza inferiore a 1/10.000).

Sono inoltre consapevole che le apparecchiature ed i farmaci necessari ed il personale medico ed infermieristico addestrato per fronteggiare l'eventuale emergenza od urgenza, saranno prontamente disponibili;

- delle eventuali alternative diagnostiche;
- del diritto a ritirare il mio consenso in qualsiasi momento senza alcuna spiegazione.

Sono stato infine informato che la NON ESECUZIONE dell'indagine implica:

- una possibile incompletezza nell'iter diagnostico e quindi una carente formulazione della diagnosi finale;
- l'inizio o la prosecuzione della terapia in termini empirici
- l'impossibilità di stabilire una corretta terapia, con tutto ciò che ne deriva per la mia salute in termini di prognosi.

Prima dell'esecuzione dell'esame sono stato esaminato da un cardiologo, il quale ha accertato che non sussistono controindicazioni o condizioni per cui il test debba essere rinviato o non eseguito.

Ho letto e compreso quanto sopra. Ho posto le seguenti domande:

Confermo quanto sopra e decido di:
o Accettare
o Non accettare

Cento, li ……

Firma del medico che esegue l'esame

Firma del paziente o di chi ne fa le veci