



Modulo

Consenso informato all'esecuzione di test da sforzo con cicloergometro

Cod MOD 1 – PS 1/CARD STRUM

Rev. 1

Data 10/01/13

Pagina di 1/1

CHE COSA E': La prova da sforzo al cicloergometro è un'indagine che serve per valutare lo stato attuale del mio cuore e indirettamente della circolazione coronarica.

COME SI SVOLGE: l'esame si svolge a torace nudo su bicicletta ergonomica, con graduale aumento dello sforzo. Durante tutto l'esame vengono costantemente monitorizzati elettrocardiogramma e pressione arteriosa. L'esame viene eseguito sotto controllo di un Medico Cardiologo e di un Infermiere. **Avvisare** se durante l'esame compaiono disturbi, in particolar modo: - **difficolta' di respiro - dolore al torace, alla mandibola e alle braccia – peso retrosternale - stanchezza** - L'interruzione dell'esame e' ordinata dal cardiologo.

COMPLICANZE: Il test da sforzo è un esame comunemente eseguito; si possono verificare tuttavia rare complicanze: eccessive variazioni della pressione arteriosa, svenimento, alterazioni del ritmo cardiaco fino ad arresto cardiaco. Sono disponibili apparecchiature di emergenza e personale specializzato in grado di minimizzare i rischi.

CONSENSO PER L'ESECUZIONE DEL TEST DA SFORZO AL CICLOERGOMETRO

Io sottoscritto.....sono stato adeguatamente informato della necessità di procedere all'effettuazione del test da sforzo.

- Ho letto e compreso la descrizione riportata sul modulo informativo relativa agli scopi, alla modalità di esecuzione e alle possibili complicanze di questo esame.
- Ho ricevuto chiarimenti e risposte esaurienti ad ogni mia domanda da parte del medico operatore di questo Servizio.

Pertanto

Io sottoscritto.....in qualità di

- Diretto interessato all'atto medico
- Tutore di
- Esercente la potestà sul minore.....

a seguito delle informazioni ricevute

ACCONSENTO **NON ACCONSENTO**

al trattamento propostomi e ad eventuali misure terapeutiche che si rendessero necessarie ed opportune nel corso o dopo l'esecuzione dell'esame

Data...../...../..... Firma del paziente.....

Confermo di aver spiegato la natura e gli scopi dell'esame da eseguire

Firma del medico cardiologo..... 