

Gentile Sig./Sig.ra _____,
con la presente La informiamo che, per la sua situazione clinica, Le
viene proposta l'esecuzione di un **TEST DA SFORZO CON
CICLOERGOMETRO.**

*Etichetta
nosografica*

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: - **difficoltà di respiro - dolore al torace, alla mandibola e alle braccia - peso retrosternale - stanchezza** - L'interruzione dell'esame è 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.

Per presa visione

Data _____

Firma _____

Io sottoscritto/a _____
dopo aver discusso con il medico della mia situazione clinica ed aver ottenuto in proposito chiare risposte ad ogni mia domanda, ho compreso che, allo scopo di migliorare la situazione attuale e/o di evitare peggioramenti, si rende necessario:

TEST DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO

Ritengo di aver ricevuto esaurienti notizie in merito al trattamento proposto, anche mediante la lettura di fogli informativi, il cui contenuto mi è stato comunque ampiamente illustrato dal medico.

Mi è noto che in ogni trattamento sanitario vi è possibilità di conseguenze dannose, a volte anche imprevedibili, nonostante il corretto comportamento dell'operatore.

Ho discusso con il medico della mia specifica situazione ed ho comunque appreso che, sulla base della consolidata esperienza clinica, i benefici che si intendono realizzare giustificano l'esposizione al rischio dei possibili effetti indesiderati.

Preso atto di tutte le informazioni, comprese quelle relative a eventuali trattamenti diversi da quelli proposti, ritengo di aver ottenuto gli elementi indispensabili per giungere ad una scelta consapevole. Pertanto, certo/a che un mio eventuale rifiuto non comporterà conseguenze per quanto riguarda la prosecuzione dell'assistenza secondo necessità,

acconsento

non acconsento, pur consapevole delle conseguenze legate a questa mia decisione

al trattamento proposto.

Sono a conoscenza del fatto che, dinanzi ad impreviste difficoltà, il medico potrebbe giudicare necessario modificare la procedura concordata; se in tali circostanze non fosse possibile interpellarmi, autorizzo sin d'ora il cambiamento, al solo scopo di fronteggiare le complicità.

Inoltre,

acconsento

non acconsento

che, nel corso di tali procedure, vengano eseguite riprese filmate e/o fotografiche da utilizzare in ambito medico per il miglioramento delle conoscenze scientifiche. Tali registrazioni foto/video potrebbero essere comunque conservate, in forma del tutto anonima e senza alcuna possibilità di collegarle ai Suoi dati, per eventuali necessità didattiche o dimostrative.

Data _____

Firma _____

Il medico proponente Dott. _____