

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

*Etichetta
nosografica*

CHE COSA E': E' una ecocardiografia cardiaca con test da sforzo. Si tratta di un esame che induce ischemia del miocardio aumentando le richieste di ossigeno da parte del muscolo cardiaco. In presenza di malattia aterosclerotica coronarica, l'ischemia si manifesta con alterazioni del movimento del cuore visibili all'ecocardiogramma o alterazioni dell'elettrocardiogramma o sintomi riferiti dal paziente. Le informazioni così ottenute sulla situazione coronarica potranno aiutare il medico nella valutazione diagnostica e terapeutica della mia malattia.

COME SI SVOLGE: l'esame viene condotto su di un lettino speciale che permette di pedalare aumentando gradualmente la resistenza mentre vengono monitorizzati l'ecocardiogramma, l'elettrocardiogramma, la pressione arteriosa. Il paziente deve tempestivamente avvisare il medico e l'infermiere se durante l'esame si manifestano disturbi come: palpitazioni, nausea, senso di vertigine, mal di testa, dolore al petto, affanno, dolore alle gambe, malessere generale. Il medico valuterà l'eventualità di interrompere il test. Generalmente tali disturbi regrediscono con la sospensione dello sforzo o con la somministrazione di (nitrati) per via sub-linguale o endovena

COMPLICANZE: Questo esame è largamente impiegato e di riconosciuta utilità. L'esecuzione del test può provocare effetti collaterali più lievi e molto raramente effetti collaterali seri (variazioni della pressione arteriosa, disturbi del ritmo cardiaco, infarto miocardio, scompenso cardiaco acuto). Sono disponibili apparecchiature di emergenza e personale addestrato in grado di ridurre eventuali 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:

ECOCARDIOGRAFIA CON TEST DA SFORZO

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 complicanze.

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. _____