

	Consenso Informato Test Ergometrico (Prova da sforzo massimale al cicloergometro)	Mod.05.97
		Rev. 1
		Aggiornato al 14/01/2021
		Pag. 1 di 1

COGNOME _____ NOME _____

N. ESAME _____

Io sottoscritto/a allo scopo di:

- Accertare lo stato del mio sistema cardiovascolare;
- Definire la natura dei disturbi cardiaci da me accusati;
- Consentire un controllo dell'efficacia della terapia farmacologica assunta;
- Dare indicazioni utili sulla necessità di ulteriori accertamenti diagnostici (come ad esempio la coronarografia);
- Stabilire un piano di riabilitazione;
- Accertare la mia idoneità alla pratica sportiva;
- Accertare la mia idoneità al lavoro per quanto concerne il sistema cardiovascolare;

ACCONSENTO VOLONTARIAMENTE

ad essere sottoposto a test da sforzo.

Il test sarà effettuato con l'uso di un cicloergometro che consentirà un incremento progressivo dello sforzo. Tale sforzo sarà aumentato gradualmente fino alla comparsa di alcuni sintomi quali affaticamento, dispnea, vertigini/dolori alle gambe e malessere generale, poiché questi sintomi possono essere indicativi di un relativo stato di pericolo o fino a quando il Medico non riterrà opportuno interromperlo. Durante la prova il polso, la pressione e l'elettrocardiogramma saranno tenuti sotto controllo. Le apparecchiature necessarie per fronteggiare eventuali complicanze e personale addestrato in tali situazioni saranno prontamente disponibili.

Ho letto e compreso quanto sopra esposto ed ho ottenuto risposta ad ogni mia richiesta o chiarimento. Liberamente e consapevolmente accetto di sottopormi all'esame prescrittomi dal Medico Curante.

_____ Li ___ / ___ / ___

Firma del Medico _____

Firma del paziente o di persona idonea _____

In caso di minori o soggetti in condizioni non idonee a rilasciare il consenso, è necessario l'assenso di una persona legalmente idonea che specifichi il grado di parentela o tutela