CONSENSO INFORMATO ALLA PROVA DA SFORZO CARDIOVASCOLARE

Data……..Ora……

Nome……Cognome……..

Nato/a……Il……..

Il test da sforzo cardiovascolare al cicloergometro con monitoraggio elettrocardiografico continuo che Lei si appresta ad eseguire viene effettuato allo scopo di accertare lo stato del sistema cardiovascolare e di assumere eventuali ulteriori decisioni diagnostico-terapeutiche.
L'indagine deve essere richiesta da un Cardiologo, dal Suo Medico Curante o dal Medico Sportivo i quali debbono aver accertato l'assenza di controindicazioni alla prova da sforzo cardiovascolare.
L'esame consiste in uno sforzo fisico effettuato mediante una particolare attrezzatura (cicloergometro) che verrà protratto fino al raggiungimento di specifici criteri clinici e/o elettrocardiografici, a meno che Lei non desideri l'interruzione della prova per sopraggiunta stanchezza muscolare o per altri motivi. Durante la prova verrà registrato continuamente l'elettrocardiogramma e verrà rilevata la pressione arteriosa ad intervalli stabiliti.
Durante l'indagine potranno eventualmente insorgere disturbi quali dolore al petto, difficoltà respiratorie, palpitazioni, senso di mancamento. Se tali sintomi dovessero manifestarsi sarà necessario avvertire immediatamente il personale medico. Questa indagine presenta dei rischi pur se prescritta e condotta secondo arte e le più moderne conoscenze mediche; in particolare sono possibili complicanze cardiovascolari quali infarto miocardico, aritmie minacciose ed ictus cerebri.
Il nostro Servizio dispone di personale ed attrezzature idonee ad affrontare qualsiasi emergenza cardiologica. Ricordiamo che la non esecuzione dell'indagine sovradescritta potrebbe implicare un'incompletezza dell'iter diagnostico-terapeutico.
Io sottoscritto, in merito al trattamento proposto, dichiaro:
–di essere stato adeguatamente informato circa i benefici, i rischi prevedibili, le possibili complicanze prevedibili, le alternative possibili, gli effetti indesiderati prevedibili, gli eventuali trattamenti terapeutici da effettuare dopo il trattamento sanitario;
–di aver ricevuto un'informazione chiara, completa ed esaustiva,
–di aver avuto il tempo di porre, senza fretta al ***Dott. ROMAN FAUSTO***
tutte le domande che ho ritenuto più opportune riguardante l'intervento propostomi e di avere ricevuto risposte chiare e soddisfacenti.
Invitato dal medico ho ripetuto allo stesso, con parole mie, le informazioni sopraindicate, dimostrando di aver compreso pienamente il significato delle informazioni ricevute dal medico.
Dichiaro altresì di accettare liberamente di sottopormi a questa prova perché sono consapevole che sarà utile a controllare l'efficienza del mio apparato cardiocircolatorio e soprattutto a valutare la necessità reale di ulteriori e più complesse indagini che potrebbero risultare indispensabili per evitare gravi eventi futuri.
Io sottoscritto, capace di intendere e volere, in grado di comprendere la lingua italiana, avuto adeguato tempo per leggere e riflettere sul presente modulo scritto, sulle informazioni riportate e su quelle integrate su mia richiesta e ricevute da parte del medico indicato: Acconsento alla procedura propostomi
Firma del paziente (maggiorenne)……..

Firma medico……..

Per il/la paziente minorenne:
La madre/ Il padre/ Tutore
Nome e Cognome.....firma.....
Documento di identità.....rilasciato il.....