

Io sottoscritto.....

Nato a.....il.....

Residente aVia.....n°.....

Sono stato informato dai medici del Reparto che è opportuno procedere al TEST DA SFORZO allo scopo di:

- A) definire la natura dei disturbi cardiaci da me accusati;
- B) stabilire l'ulteriore iter diagnostico e/o terapeutico o consentire un controllo dell'efficacia della terapia in atto;
- C) stabilire l'idoneità alla pratica di attività sportiva.

Il colloquio avuto con un medico della Unità Operativa di Cardiologia è stato finalizzato alla illustrazione degli scopi, della modalità di esecuzione, degli eventuali rischi legati alla procedura e dei vantaggi che ne possono conseguire. Sono stato informato:

- 1) dei disturbi che potrò avvertire durante l'esame (dolore al petto e/o alla schiena, vertigini, sudorazione, senso di svenimento);
- 2) che il test, in caso di mia incapacità a pedalare, verrà immediatamente sospeso.

Sono stato inoltre messo al corrente:

- dei rischi legati alla procedura: essi sono molto modesti; in alcuni casi potrebbe essere indotta una ischemia cardiaca che si potrà manifestare con la comparsa di un dolore toracico oppure sarà rilevata dal medico dall'elettrocardiogramma. Generalmente l'ischemia si risolve spontaneamente con l'interruzione dell'esercizio. Solo in casi molto rari sarà necessaria la somministrazione di farmaci e l'eventuale ricovero per la risoluzione del problema. In alcuni casi possono insorgere aritmie cardiache pericolose che costituiscono motivo di interruzione del test: in casi molto rari è necessaria una cardioversione elettrica perché il test può indurre l'insorgenza di fibrillazione ventricolare assolutamente imprevedibile se il test è eseguito con le appropriate indicazioni. In casi eccezionali è avvenuta la morte del paziente per aritmia maligna non cardiovertibile: tale dato non deve scoraggiare perché la sua incidenza è veramente molto rara.
- della necessità di avvertire immediatamente il personale dell'ambulatorio, qualora si presentassero i sintomi quali, dolore toracico, mancanza di respiro, palpitazioni, sensazione di mancamento;
- che le alternative a questa prova prevedono l'utilizzo di traccianti radioattivi e la somministrazione di farmaci che non sono scevri da pericoli e controindicazioni;
- del diritto di poter ritirare il consenso in qualsiasi momento senza fornire alcuna motivazione.

Sono stato anche informato dell'eventualità che in caso di NON ESECUZIONE della procedura, potrebbero mancare informazioni importanti sulla presenza e gravità di un'eventuale cardiopatia, ostacolando l'applicazione di terapie tali da contrastarne l'evoluzione, in qualche caso anche grave.

Sono stato comunque avvisato che durante la procedura il ritmo cardiaco e la pressione arteriosa saranno tenuti costantemente sotto controllo e che vi sono, ai fini di un esito positivo dell'intervento, le apparecchiature necessarie e che il personale è addestrato a far fronte a qualsiasi urgenza clinica che nel corso dell'esecuzione della procedura si dovesse presentare.

Io sottoscritto. in qualità di:

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

Dichiaro di essere stata/o invitata/o a leggere con molta attenzione quanto riportato in questo scritto che corrisponde, peraltro, a quanto ampiamente spiegatomi a voce.

Dichiaro altresì di aver ben compreso il significato di quanto mi è stato esposto dal

Dott. di non avere bisogno di ulteriori chiarimenti

e quindi consapevolmente

Accenso

Non Accenso

a sottopormi al trattamento che verrà eseguito dall'Equipe di questa Unità Operativa secondo le modalità espostemi;

Data / / **Firma del paziente**

Confermo di aver spiegato la natura e gli scopi della procedura da eseguire

Data / / **Firma del medico**