CENTRO DIAGNOSTICO SABATINO
POLIAMBULATORIO - ANALISI CLINICHE - DIAGNOSTICA
PER IMMAGINI - RX - TAC - RMN
via Romana 10, 00061 Anguillara Sabazia (RM)
P.IVA 01297361006

CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DEL TEST DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO

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.
Sono consapevole di dover avvisare se durante l'esame dovessero comparire 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.

ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

all'effettuazione del test da sforzo con cicloergometro

Io sottoscritto/a _____ Nato/a a_____
il ____/____/_____

(1) in qualità di esercente la potestà sul minore_____
(2) in qualità di tutore del paziente_____

dopo aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente sull'atto sanitario propostomi e dopo aver ricevuto chiarimenti e risposte esaurienti ad ogni mia domanda da parte del medico operatore, liberamente, spontaneamente e consapevolmente, esprimo il consenso all'effettuazione del test da sforzo con cicloergometro e ad eventuali misure terapeutiche che si rendessero necessarie ed opportune nel corso ovvero dopo l'esecuzione dell'esame.

☐ **ACCONSENTO** ☐ **NON ACCONSENTO**

Firma/e del/i soggetto/i interessato/i o legale rappresentante

Data ____/____/_____

_____

Timbro e firma del medico

Data ____/____/_____

_____