



DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE E DI ESPRESSIONE DEL CONSENSO INFORMATO PER IL TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO

Io sottoscritto/a....., nato/a a.....il...../...../.....
dichiaro di essere stato/a informato/a, dal/dalla Prof./ Dr.....che,
per i disturbi che avverto e/o per cercare di chiarire la natura della mia affezione o per confermare la
diagnosi di....., è indicata l'esecuzione di una: **TEST
CARDIOVASCOLARE DA SFORZO.**

NORME DI PREPARAZIONE

Il paziente è invitato ad attenersi scrupolosamente alle norme di preparazione sottoindicate:

- **SOSPENSIONE DI FARMACI BETA-BLOCCANTI** (ad esempio Cardicor, Congescor, Concor, Sequacor, Tenormin e Lobivon) **IL GIORNO DI ESECUZIONE DEL TEST in base ad indicazioni dello specialista.**
- Presentarsi a digiuno da almeno 3 ore.
- Indossare indumenti comodi e consoni ad uno sforzo fisico
- Ricordarsi di portare tutta la documentazione in suo possesso (ECG, ecocardiogrammi, visite ed esami del sangue)

SINTESI INFORMATIVA

Il test ergometrico consiste nell'esecuzione di un elettrocardiogramma (ECG) a 12 derivazioni prima e durante uno sforzo fisico con carichi crescenti di lavoro su tappeto rotante o su scalini. Lo sforzo indotto provoca un crescente incremento della frequenza cardiaca e della pressione arteriosa, fattori responsabili del consumo di ossigeno.

In condizioni normali a tale aumento di fabbisogno corrisponde un analogo aumento di apporto di ossigeno attraverso una vasodilatazione coronarica. In pazienti affetti da malattia coronarica, invece, l'equilibrio tra il fabbisogno e l'apporto di ossigeno può rompersi a causa dell'incapacità del circolo coronarico di adeguarsi alle aumentate necessità metaboliche del cuore. Si evidenziano così sintomi e segni elettrocardiografici specifici che permettono di fare la diagnosi di ischemia.

Rispetto all'ECG basale, cioè eseguito in condizioni normali, l'ECG da sforzo fornisce maggiori informazioni sullo stato di salute del cuore, in quanto ne aumenta il lavoro evidenziandone le eventuali patologie non riscontrabili in una situazione a riposo.

Questo esame costituisce l'indagine strumentale di base nella diagnostica della cardiopatia ischemica.

Durante l'esecuzione dell'esame l'intensità del lavoro muscolare imposto al paziente viene gradualmente aumentato sia in velocità che in inclinazione. Il test potrà essere interrotto per esaurimento muscolare, ovvero quando il paziente avrà raggiunto la massima capacità di esercizio, o in rilevanza di alterazioni importanti della pressione arteriosa, della frequenza, della traccia elettrocardiografica o sintomi rilevanti riferiti.

Presso i nostri ambulatori sono presenti gli strumenti necessari per intervenire in qualsiasi momento in caso d'urgenza sul paziente.



POSSIBILI COMPLICANZE

La complicanza è un evento inatteso che può insorgere a seguito dell'esecuzione di una prova, indipendentemente da errori a carico dell'operatore.

Il rischio di insorgenza di complicanze è maggiore a seconda della gravità del quadro clinico del paziente sottoposto alla prova. Diverso sarà il rischio di un giovane sportivo sano rispetto ad un soggetto anziano, che esegue il test per saggiare gli effetti di una terapia farmacologica o non, per malattie quali la cardiopatia ischemica (infarto miocardio compreso) o le aritmie, ecc.

Le complicanze si dividono in:

CARDIACHE

- Ipotensione
- Edema/sub-edema polmonare
- Bradi e tachiaritmie
- Sindromi coronariche acute
- Scompenso cardiocircolatorio
- Stroke e sincope
- Morte

NON CARDIACHE

- Traumi muscolo scheletrico
- Danni dei tessuti molli

La percentuale di ogni evento fatale è mediamente dello 0,03%, quello dell'infarto miocardio acuto non fatale mediamente dello 0,09% (secondo i dati del AHA, American Heart Association).



ESPRESSIONE DEL CONSENSO

Io sottoscritto/a....., dichiaro di aver ricevuto le informazioni che mi hanno permesso di comprendere le mie condizioni cliniche e il trattamento/esame proposto, anche alla luce degli ulteriori chiarimenti da me richiesti.

Valutate le informazioni ricevute:

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

all'esecuzione di un **TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO**

Sono stato informato/a del fatto che in ogni caso potrò revocare il consenso che qui sto esprimendo.

Data/...../.....

Firma paziente/genitore/tutore/amministratore di sostegno.....

Timbro e Firma Medico

DICHIARAZIONE DI STATO DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA

SI

NO

Data/...../.....

Firma paziente/genitore/tutore/amministratore di sostegno.....

Timbro e Firma Medico

REVOCA DEL CONSENSO

Io sottoscritto/a....., dopo essere stato informato sulle motivazioni e la natura dell'atto clinico proposto, sui suoi benefici, rischi, alternative, e sulle conseguenze nel caso in cui non venga eseguito, revoco il consenso qui precedentemente espresso.

Data/...../.....

Firma paziente/genitore/tutore/amministratore di sostegno.....

Timbro e Firma Medico