



## CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DI TEST ERGOMETRICO

Io sottoscritto.....

Allo scopo di accertare lo stato del Sistema cardiovascolare e/o definire la natura dei disturbi cardiaci da me accusati, acconsento volontariamente ad essere sottoposto a test da sforzo.

Prima di sottopormi alla procedura, sono stato informato dal medico sulle specifiche modalità di esecuzione della prova; sono stato perciò messo al corrente che l'esame consta di uno sforzo fisico praticato su una cyclette e/o tapis-roulant, che lo sforzo verrà protratto fino al raggiungimento di specifici criteri elettrocardiografici e/o clinici a meno che io non sia particolarmente affaticato per cui la prova verrà interrotta, che durante la stessa verrà registrato continuamente l'elettrocardiogramma e verrà misurata la pressione arteriosa ad intervalli.

Sono stato altresì messo al corrente:

- dei disturbi che eventualmente potranno insorgere durante l'indagine (dolore al petto, difficoltà nella respirazione, palpitazioni, senso di mancamento);
- della necessità di avvertire tempestivamente il personale medico ed infermieristico non appena tali sintomi dovessero manifestarsi;
- dei rischi insiti nell'indagine, pure se prescritta e condotta secondo arte e secondo le più moderne conoscenze mediche;
- del diritto a ritirare il mio consenso in qualsiasi momento senza alcuna spiegazione.

Prima dell'esecuzione dell'indagine sono stato esaminato dal medico che ha accertato che non sussistano condizioni per cui la prova debba essere rinviata o sospesa.

Le apparecchiature necessarie e il personale addestrato per fronteggiare qualsiasi urgenza/emergenza saranno prontamente disponibili.

Ho letto e compreso quanto sopra ed ho ottenuto risposta ad ogni mia richiesta o chiarimento

Firma del medico.....

Firma del paziente.....

Darfo Boario Terme.....