

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. Avvisare se durante l'esame compaiono disturbi, in particolar modo: - difficoltà di respiro - dolore al torace, alla mandibola e alle braccia - peso retrosternale - stanchezza - L'interruzione dell'esame e' 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.

CONSENSO PER L'ESECUZIONE DEL TEST DA SFORZO AL CICLOERGOMETRO

Io sottoscritto.....sono stato adeguatamente informato della necessità di procedere all'effettuazione del test da sforzo.

Ho letto e compreso la descrizione riportata sul modulo informativo relativa agli scopi, alla modalità di esecuzione e alle possibili complicanze di questo esame.

Ho ricevuto chiarimenti e risposte esaurienti ad ogni mia domanda da parte del medico operatore di questo Servizio.

Pertanto

Io sottoscritto.....in qualità di

Diretto interessato all'atto medico

Tutore di

Esercente la potestà sul minore.....

a seguito delle informazioni ricevute

ACCONSENTO NON ACCONSENTO

al trattamento propositomi e ad eventuali misure terapeutiche che si rendessero necessarie ed opportune nel corso o dopo l'esecuzione dell'esame

Firma del paziente.....

Io sottoscritto Dott. confermo ed attesto, in modo contestuale alla sottoscrizione del Sig. che lo stesso, a mio avviso, ha interamente compreso quanto esposto nel colloquio informativo avvenuto in data odierna.

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

Firma del medico cardiologo.....