

Io sottoscritto/a-----allo scopo di definire la natura dei disturbi da me accusati, consentire un controllo dell'efficacia delle terapie, stabilire un piano di riabilitazione, accertare lo stato del mio apparato cardiovascolare, accertare la mia idoneità al lavoro

ACCONSENTO VOLONTARIAMENTE AD ESSERE SOTTOPOSTO AD UN TEST ERGOMETRICO

Prima di sottopormi al test ho avuto un colloquio con un medico dello studio cardiologico che mi ha illustrato alcuni dettagli relativi alla prova da sforzo e di seguito descritti.

A. DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO E MODALITA' D'ESECUZIONE

La prova da sforzo è un'indagine da sforzo che consiste nel monitoraggio dell'ECG e della pressione arteriosa, mentre viene fatto eseguire un esercizio fisico graduale e progressivo secondo protocolli standardizzati a livello internazionale su un ergometro (cyclette) allo scopo di osservare la risposta fisica. Questa risposta è diagnostica e funzionale e consiste nello svelare eventuali alterazioni ECG dovute alla presenza, la sede e l'estensione della malattia coronaria. Il test infatti sarà eseguito con l'uso di un cicloergometro che permetterà un incremento progressivo dello sforzo. Tale sforzo sarà aumentato gradualmente fino alla comparsa di alcuni sintomi, quali affaticamento, dolori alle gambe o al petto o fino a quando il medico non riterrà opportuno interrompere. Durante la prova il mio polso, la mia pressione ed il mio ECG saranno tenuti sotto controllo.

B. SCOPO DELL'ESAME

Questo esame può dare importanti informazioni diagnostiche sul significato dei sintomi soggettivi, utili indicazioni sulla necessità di ulteriori accertamenti diagnostici (come ad esempio la coronarografia) e sull'efficacia della terapia farmacologica. Con la progressione dell'esercizio fisico si provoca normalmente un notevole aumento dei battiti cardiaci e della pressione arteriosa, allo scopo di svelare i segni latenti di ischemia miocardica osservabili nell'ECG.

C. RISCHI DELL'INTERVENTO

Seppure molto rare le complicanze dovute allo sforzo graduale a cui si è soggetti possono consistere in: CONTROINDICAZIONI ASSOLUTE: infarto miocardico da meno di 48 ore; angina instabile; aritmie sintomatiche non controllate; stenosi aortica grave o sintomatica; scompenso cardiaco non controllato; embolia o infarto polmonare; miocardite o pericardite acuta; aneurisma aortico dissecante; CONTROINDICAZIONI RELATIVE: stenosi valvolari moderate; ipertensione arteriosa grave; anomalie elettrolitiche; tachiaritmie o bradi aritmie; miocardiopatia ipertrofica o altre ostruzioni aortiche; incapacità fisica o psichica ad effettuare il test; blocco atrioventricolare di grado avanzato.

I disturbi che eventualmente potranno insorgere durante l'indagine possono consistere in **dolore al petto, difficoltà nella respirazione, palpitazioni, senso di mancamento**. In ogni caso il controllo clinico e strumentale dello specialista che supervisiona l'esame è in grado di prevenire e ridurre l'incidenza delle complicanze e comunque di effettuare un corretto e tempestivo intervento terapeutico.

A tale scopo viene richiesta al paziente la massima collaborazione e la **tempestiva segnalazione di ogni sintomo insolito** del quale il medico possa valutare l'importanza ed il significato per regolarsi di conseguenza.

Sono stato/a infine informato/a che la non esecuzione dell'indagine implica:

- ✓ un'incompletezza dell'iter clinico e diagnostico;
- ✓ quindi una carente formulazione della diagnosi finale;
- ✓ l'inizio o la prosecuzione della terapia in termini empirici, ovvero l'impossibilità di stabilire una corretta terapia, con tutto ciò che ne deriva in termini di prognosi.
- ✓ Prima dell'esecuzione dell'indagine sono stato/a esaminato/a da un Cardiologo il quale ha accertato che non sussistono 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 sopra e ho ottenuto risposta a ogni mia richiesta e chiarimento.

CT, il _____

Firma **Paziente** _____ Firma Medico **Specialista** _____