



**Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico**

**"Saverio de Bellis"**

Ente Ospedaliero Specializzato in Gastroenterologia

via Turi n°27 - 70013 Castellana Grotte - Bari

C.F. – P.IVA: 00565330727

Ente di diritto pubblico D.M. del 31-3-1982



Dasa-Rägister

EN ISO 9001:2008

IQ-1208-14

**U.O. CARDIOLOGIA**

**CONSENSO INFORMATO per L'ESECUZIONE della PROVA DA SFORZO.  
(CICLO ERGOMETRO/TAPPETO ROTANTE)**

**DATI IDENTIFICATIVI**

Nome e Cognome del paziente: .....nato/a ..... il .....  
-dati identificativi dei genitori (se minore d'età).....  
-dati del legale rappresentante (se soggetto privo in parte/del tutto di autonomia  
decisionale) .....

**DATI SANITARI** (a cura del medico proponente)

Descrizione della patologia da cui è affetto il paziente  
.....  
.....

Atto sanitario proposto:

**PROVA DA SFORZO**

- con ciclorgometro
- con tappeto rotante

Dichiaro di aver fornito l'informazione sull'atto sanitario proposto, avendo accertato l'assenza di controindicazioni cliniche e di aver illustrato le specifiche modalità di preparazione ed esecuzione dell'esame e che valuterò successivamente l'esito  
Il medico cui potrà fare riferimento è/sono il/i dott. ....

Data ..... Timbro e firma del medico .....

**Prestazione effettuata da un operatore di una struttura diversa da colui che ha dato la prima informazione in data.....**

*Dichiaro di aver fornito nuovamente l'informazione sull'atto sanitario proposto: .....*

Data ..... Timbro e firma del medico .....

**ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO**

Dichiaro/a di essere stato/a informato/a in modo comprensibile ed esauriente, in data .....dal dr. .... e di aver compreso la patologia da cui sono affetto e il trattamento che mi è stato proposto. In particolare che il test si esegue pedalando su una cyclette che aumenta progressivamente e regolarmente la resistenza sui pedali per mezzo di un freno, ovvero su tappeto rotante che incrementa progressivamente e regolarmente la sua velocità di scorrimento e la sua pendenza. Questo sforzo fisico provoca un aumento della frequenza cardiaca e della pressione arteriosa fino al raggiungimento del valore massimale calcolato in base alla mia età ed al mio sesso. Durante la prova è monitorizzato in continuo l' Elettrocardiogramma e la pressione arteriosa. L' obiettivo di questo test è di documentare la presenza di una ischemia cardiaca (cioè ridotto apporto di sangue al muscolo cardiaco) e quindi di una malattia coronarica.



**Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico  
"Saverio de Bellis"**

Ente Ospedaliero Specializzato in Gastroenterologia  
via Turi n°27 - 70013 Castellana Grotte - Bari  
C.F. – P.IVA: 00565330727  
Ente di diritto pubblico D.M. del 31-3-1982



**Dasa-Räger**  
EN ISO 9001:2008  
IQ-1208-14

**U.O. CARDIOLOGIA**

Se si raggiunge almeno l'85% della frequenza massima la prova è considerata conclusiva e quindi interpretabile.

Questa tecnica, attraverso le modificazioni dell'ECG, della frequenza cardiaca e della pressione arteriosa consente di:

- porre diagnosi di ischemia inducibile da sforzo ( nei soggetti con dolore toracico sospetto)
- individuare il livello di sforzo a cui compare il dolore (soglia d'angor) o l'ischemia elettrocardiografica (soglia ischemica)
- l'eventuale compromissione funzionale del cuore ( riduzione della pressione arteriosa da sforzo)
- l'interessamento ischemico del sistema elettrico di conduzione del cuore con la comparsa di aritmie/blocchi di conduzione
- l'efficacia della terapia anti-ischemica e/o anti-ipertensiva in atto
- valutare l'efficienza fisica e il rischio coronarico in soggetti con malattia coronarica nota e/o con pregresso infarto miocardico

L'esame avrà la durata indicativa di circa 6-12 minuti, (comunque il medico vi seguirà molto da vicino e fermerà il test se penserà che non sia sicuro per voi) sarà seguito da altri 30 minuti di defaticamento (durata totale circa 1 ora).

Se verranno rilevati segni di malattia delle coronarie, il vostro medico potrà proporvi degli approfondimenti diagnostici ulteriori o un cambiamento di terapia. Se il test invece è risultato negativo (nessun cambiamento nell'ECG, normale comportamento della pressione arteriosa) è verosimile che il vostro rischio di avere una malattia coronarica sia molto basso. Il test da sforzo ha una buona sensibilità, cioè è capace di rilevare la malattia coronarica, quando presente, in circa il 68-70% dei casi.

**IL TEST POTRÀ ESSERE INTERROTTO:**

- su giudizio del Cardiologo, quando sono state ottenute sufficienti informazioni o quando compaiono sintomi o segni che ne consigliano la sospensione;
- in qualsiasi momento Lei lo desidera.

**I DISTURBI CHE POSSONO COMPARIRE DURANTE L'ESAME**

Durante l'indagine potrebbe avvertire uno o più dei disturbi minori sotto elencati:

- palpitazione,
- formicolii al viso ed agli arti superiori,
- sensazione di battito cardiaco progressivamente più veloce ed intenso,
- mal di testa
- senso di vertigine,
- respirazione difficoltosa,
- dolore - oppressione al torace, collo, braccia
- malessere vago,
- nausea, vomito,
- senso di calore.

E' molto importante che Lei avverta tempestivamente il personale medico ed infermieristico non appena si dovessero manifestare questi disturbi, con particolare riguardo a respirazione difficoltosa, dolore toracico, senso di svenimento.

**I PRINCIPALI RISCHI**



**Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico  
"Saverio de Bellis"**

Ente Ospedaliero Specializzato in Gastroenterologia  
via Turi n°27 - 70013 Castellana Grotte - Bari  
C.F. – P.IVA: 00565330727  
Ente di diritto pubblico D.M. del 31-3-1982



Dasa-Rägister  
EN ISO 9001:2008  
IQ-1208-14

**U.O. CARDIOLOGIA**

Sono stato altresì messo al corrente anche se il test viene condotto con diligenza e secondo le più moderne conoscenze mediche esistono dei rischi insiti nell'indagine. In letteratura (Heart 2004; 90(suppl)) è stato segnalato che in rari casi (0,0001%) il test da sforzo ha provocato effetti collaterali gravi :

- aritmie ventricolari - fibrillazione e tachicardia ventricolare- < 5/1.000
- infarto miocardico acuto < 5/10.000
- morte < 1/10.000;

complicanze minori :altre aritmie, ipotensione post-sforzo, crisi ipertensiva

Le ricordiamo comunque che il personale è addestrato per fronteggiare le emergenze/urgenze e che sono prontamente disponibili le apparecchiature necessarie al trattamento di eventuali complicanze che dovessero insorgere.

**RIFIUTO AD EFFETTUARE L'ESAME ED EVENTUALI ALTERNATIVE DIAGNOSTICHE**

Nel caso di rifiuto ad effettuare l'esame che le è stato proposto dal medico, sarà valutata l'opportunità di eseguire un test diagnostico alternativo (scintigrafia miocardica o Ecocardiografia con stress farmacologico o angio TAC coronarica e/o coronarografia.)

La informiamo tuttavia che la non esecuzione dell'indagine potrebbe implicare:

- un'incompletezza nell'iter diagnostico con una carente formulazione della diagnosi finale;
- l'inizio o la prosecuzione della terapia in termini empirici, ovvero la limitata possibilità di stabilire una corretta terapia con tutto ciò che ne deriva in termini di prognosi

Ciononostante un Suo eventuale rifiuto di sottoporsi al test non comporterà alcuna conseguenza sulla continuazione dell'assistenza cardiologica

**CONSENSO ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME**

Nel caso in cui Lei accettasse di sottoporsi al test diagnostico proposto il cardiologo Le farà firmare un modulo per il consenso. **Lei potrà decidere liberamente, in qualsiasi momento e senza fornire alcuna spiegazione, di cambiare idea e di revocare il consenso.**

La procedura (prova da sforzo ) sarà eseguita da un Cardiologo della equipe della SOC di Cardiologia (coadiuvato/i da personale infermieristico appositamente addestrato): Dott.....

**Ho richiesto le seguenti ulteriori informazioni relative all'intervento e alle sue possibili complicanze:**

DOMANDA: .....

RISPOSTA.....

DOMANDA: .....

RISPOSTA.....

**Ritengo le risposte chiare ed esaurienti.**

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 ed il personale addestrato per le emergenze/urgenze saranno prontamente disponibili.

Sono a conoscenza della possibilità di **revocare** il seguente consenso in qualsiasi momento prima dell'atto sanitario.



**Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico**

**"Saverio de Bellis"**

Ente Ospedaliero Specializzato in Gastroenterologia

via Turi n°27 - 70013 Castellana Grotte - Bari

C.F. – P.IVA: 00565330727

Ente di diritto pubblico D.M. del 31-3-1982



Dasa-Rägister

EN ISO 9001:2008

IQ-1208-14

**U.O. CARDIOLOGIA**

Recepita l'informazione ricevuta

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

all'effettuazione dell' atto sanitario su indicato

Data ..... Firma del paziente .....

**DA FIRMARE IN CASO DI PAZIENTE MINORENNE**

Firma del padre..... Firma della madre .....

Firma del tutore..... Firma del minore se di età maggiore ai 14 anni

Data. ....

**DA FIRMARE IN CASO DI PAZIENTE INTERDETTO O  
SOTTOPOSTO AD UNA AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO**

Firma del tutore/amministratore di sostegno.....

Data.....

**INFORMAZIONE DATA AL PAZIENTE TRAMITE INTERPRETE**

Nome e Cognome dell'interprete (stampatello).....

Data ..... Firma dell'interprete .....Documento .....

Nome e cognome del 1° testimone (stampatello).....

Data ..... Firma del testimone .....Documento .....

Nome e cognome del 2° testimone (stampatello).....

Data ..... Firma del testimone .....Documento .....

**PAZIENTE CON IMPEDIMENTO MATERIALE ALLA FIRMA**

Nome e Cognome del 1° testimone

Data.....Firma .....Documento .....

Nome e Cognome del 2° testimone

Data.....Firma .....Documento .....

Essendo trascorso un intervallo di tempo dal .....(data acquisizione consenso), **CONFERMO** quanto precedentemente espresso e **sono stato/a informato/a** che la procedura sarà eseguita da:

Data ..... Firma del paziente .....