



Mod 01	CONSENSO INFORMATO PER IL TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO	Rev 1 2023
--------	--	---------------

DATI IDENTIFICATIVI

Nome e Cognome:
nato/a a Prov, il

- dati identificativi dei genitori (se minore d'età)
.....
- dati del legale rappresentante (se soggetto privo in parte/del tutto di autonomia decisionale)
.....

Atto sanitario proposto: TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO

☐ con cicloergometro ☐ con tappeto rotante (treadmill)

NOTE INFORMATIVE

ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

Dichiaro di essere stato/a informato/a in modo comprensibile ed esauriente, in data dal dott..... e di aver compreso le problematiche da cui sono affetto e il trattamento che mi è stato proposto. In particolare ho compreso che il test si esegue pedalando su una cyclette, o correndo su un tappeto rotante, 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 vengono monitorizzati in continuo l'Elettrocardiogramma e la pressione arteriosa. L'obiettivo di questo test è di documentare la presenza di aritmie o ischemia cardiaca (cioè ridotto apporto di sangue al muscolo cardiaco) e quindi di una malattia cardiaca coronarica.

Se si raggiunge almeno l'85% della frequenza massimale, lo sforzo eseguito è considerato sufficiente e la prova eseguita è considerata conclusiva e interpretabile.

Questa tecnica, attraverso le modificazioni dell'Elettrocardiogramma, della frequenza cardiaca e della pressione arteriosa consente di verificare con sufficiente attendibilità la presenza di una malattia coronarica e/o di valutare l'efficacia della mia terapia cardiologica, anche ai fini di stabilire con precisione il rischio che si presentino complicanze cardiologiche a seguito dell'intervento chirurgico a cui sono candidato/a.

Ho compreso che l'esame avrà la durata indicativa di circa 6-15 minuti, (comunque il medico mi seguirà molto da vicino e fermerà il test se penserà che non sia sicuro per me) sarà seguito da altri 4-10 minuti di defaticamento.

Se verranno rilevati segni di malattia delle coronarie, il medico potrà proporre 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 rischio di avere una malattia coronarica sia molto basso.

L'esame sarà eseguito da personale sanitario esperto ed in presenza di tutti i presidi medici utili per la corretta gestione dell'esame e delle eventuali complicanze.

IL TEST POTRA' ESSERE INTERROTTO:

- a giudizio del Cardiologo, quando saranno state acquisite sufficienti informazioni o quando compaiono sintomi o segni che suggeriscono la sospensione del test;
- in qualsiasi momento il paziente lo desideri.

DURANTE L'ESECUZIONE DEL TEST POTRANNO COMPARIRE I SEGUENTI DISTURBI:

- DOLORE TORACICO di origine cardiaca, che può durare più o meno a lungo e che in casi eccezionali potrebbe comportare la comparsa di infarto miocardico;
- ARITMIE più o meno severe (extrasistoli, tachicardia ventricolare o sopraventricolare), solitamente non minacciose per la vita ma che, eccezionalmente potrebbero comportare il rischio di morte e che potrebbero richiedere l'interruzione in emergenza con l'uso del defibrillatore (shock elettrico);
- Altri RISCHI MINORI tra cui: palpitazioni, formicolio o senso di calore al viso e/o agli arti superiori, sensazione di battito cardiaco progressivamente più veloce e intenso, mal di testa, senso di vertigine, respirazione difficoltosa, malessere vago, nausea, vomito.

Dichiaro espressamente che, qualora dovessero comparire uno o più dei sintomi sopra elencati o qualora dovessi avvertire qualunque tipo di disturbo prima, durante o dopo l'esecuzione del test, avvertirò immediatamente il personale medico ed infermieristico presente. Sono altresì consapevole che, a seguito di tali disturbi, potrebbe essere necessaria la somministrazione di farmaci anche in emergenza/urgenza ed esprimo, pertanto, il mio consenso alla loro somministrazione avendo dichiarato preliminarmente allo stesso personale sanitario, la presenza o assenza di eventuali mie allergie/intolleranze di cui sono a conoscenza.

Dichiaro di essere in grado di eseguire l'esercizio richiesto dal test, non essendo a conoscenza di danni alla mia persona che mi impediscano di camminare, correre o pedalare.

Dichiaro di non aver accusato, nelle ultime 72 ore nessun tipo di dolore toracico, al collo o alle braccia, che potrebbe essere considerata controindicazione all'esecuzione del test cardiovascolare da sforzo.

CONSENSO ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME

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

Recepita l'informazione ricevuta

☐ **ACCONSENTO**

☐ **NON ACCONSENTO**

all'effettuazione dell'atto sanitario su indicato.

DICHIARO DI AVER LETTO E COMPRESO

le informazioni sul trattamento dei dati personali rese dall'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" di



Bari. Per informazioni dettagliate circa il trattamento dei dati personali si rinvia al sito internet:
<https://www.sanita.puglia.it/web/irccs> nell'apposita sezione "Privacy"

Data: _____

Firma del paziente: _____

Firma del Medico: _____

Firma del Genitore/Tutore: _____