

CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DI TEST ERGOMETRICO

(Prova da sforzo al cicloergometro)

Cognome Nome

Nato a Prov. / il

C.F.

ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO

Io sottoscritto/a, 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 a test da sforzo.

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

Sono stato/a altresì messo/a 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 (quali aritmie gravi come tachicardia ventricolare o fibrillazione ventricolare, aritmia miocardica con infarto miocardico, ipotensione acuta, etc.), 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/a esaminato/a dal medico, che 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 quanto sopra ed ho ottenuto risposta ad ogni mia richiesta o chiarimento.

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

Luogo e data

Solo in caso di minore

Il sottoscritto in qualità di esercente la potestà genitoriale sul minore dà il consenso alla effettuazione dei relativi accertamenti di idoneità di cui sopra e al trattamento dei dati personali ai sensi del regolamento UE 2016/679.

Data

Firma