

CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DI TEST ERGOMETRICO

(Prova da sforzo allo step test)

Cognome Nome

Nato a Pv il

C.F.

ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO

Io sottoscritto/a, allo scopo di accertare lo stato del sistema cardiovascolare, 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 step test, che verrà eseguito in base a specifici criteri elettrocardiografici e clinici.

Sono stato/a altresì messo/a al corrente:

- dei disturbi che eventualmente potranno insorgere durante l'indagine;
- della necessità di avvertire tempestivamente il personale medico ed infermieristico;
- dei rischi insiti nell'indagine;
- 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

Firma leggibile del medico

Firma leggibile del paziente

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.....