FONDAZIONE
POLICLINICO UNIVERSITARIO
CAMPUS BIO-MEDICO

DIPARTIMENTO DI
SCIENZE CARDIOVASCOLARI

CONSENSO INFORMATO PER TEST ERGOMETRICO

Roma, _____

Allo scopo di (barrare la casella prescelta)

☐ definire la natura dei disturbi cardiaci da me accusati.
☐ consentire il controllo dell'efficacia della terapia.
☐ stabilire un piano di riabilitazione.
☐ accertare la mia idoneità alla pratica sportiva.
☐ accertare lo stato del mio apparato cardiovascolare.
☐ accertare la mia idoneità al lavoro per gli aspetti cardiovascolari.
☐ controllare il mio apparato cardiovascolare in seguito a procedure di cardiologia interventistica e/o cardiochirurgia.

Io sottoscritto _____ consento volontariamente ad essere sottoposto a test ergometrico.

Prima di sottopormi al test, ho avuto un colloquio con il medico dell'ambulatorio cardiologico che mi ha illustrato le modalità di esecuzione della prova.
Sono, inoltre, stato esaminato da un cardiologo il quale ha accertato che non sussistono condizioni per cui la prova debba essere rinviata o sospesa.
Il test sarà effetuato con l'uso di un treadmill la cui velocità e pendenza saranno aumentate gradualmente sino alla comparsa di alcuni sintomi, quali affaticamento, affanno, dolori alle gambe o al petto, fino a quando il medico non riterrà opportuno interromperlo.
Durante la prova il mio polso, la mia pressione ed il mio tracciato elettrocardiografico saranno tenuti sotto il controllo.
Sono stato informato che dovrà tempestivamente avvertire della comparsa di dolore al petto, senso di vertigine, debolezza, malessere generale, poiché questi segni possono essere indicativi di un relativo stato di pericolo.
Le attrezzature necessarie per fronteggiarlo, il personale addestrato ed esperto in tali situazioni saranno prontamente disponibili.

Ho letto e compreso quanto sopra ed ho ottenuto soddisfacente risposta ad ogni richiesta o chiarimento.

FIRMA DEL PAZIENTE

_____

FIRMA DEL MEDICO

_____