

## ESECUZIONE DI TEST ERGOMETRICO (Elettrocardiogramma da sforzo)

### Informazioni per la preparazione e l'esecuzione dell'esame

- 1) Per l'esame indossare abbigliamento comodo come tuta sportiva, portare scarpe basse come scarpe da ginnastica o simili.
- 2) Non fumare nelle TRE ore precedenti il test.
- 3) Non fare colazione almeno TRE ore prima della prova e non bere caffè, the, alcolici. Non assumere burro, panna, creme.
- 4) Portare con sé **l'elenco della terapia in corso**, eventuali elettrocardiogrammi ed altri **esami e/o visite cardiologiche** eseguiti in precedenza. Nel caso di patologie vascolari allegare anche tale documentazione, se disponibile.
- 5) È necessario che il paziente porti con sé un **esame ecocardiografico recente** (eseguito nell'ultimo anno) o, in alternativa, una lastra del torace (eseguita nell'ultimo anno). Ciò è indispensabile per ridurre al minimo i rischi insiti dell'indagine escludendo, con la valutazione delle dimensioni delle cavità cardiache e del parenchima polmonare, patologie non conosciute o scarsamente sintomatologiche del cuore e dei polmoni.
- 6) Per **il Medico che ha richiesto l'esame: specificare sull'impegnativa la finalità dell'esame e comunicare al paziente le modalità di assunzione dei farmaci prima dell'esecuzione:**
  - a. se l'**esame** è di tipo **valutativo** per la terapia farmacologia in atto, specificare i farmaci e le dosi assunte e assumere la terapia come da schema giornaliero;
  - b. se l'**esame** è di tipo **diagnostico** sarà necessario sospendere la terapia:
    - beta-bloccanti: almeno 3 giorni prima dell'esame
    - nitro-derivati: almeno 1 giorno prima dell'esame
    - calcio-antagonisti: almeno 1 giorno prima dell'esame

L'ESAME PREVEDE IL CONSENSO INFORMATO IN CUI TESTO VIENE CONSEGNATO IN ALLEGATO. DOVRA' ESSERE FIRMATO ALLA PRESENZA DEL MEDICO CHE ESEGUE L'ESAME IN QUALE POTRA' FORNIRE LE ULTERIORI INFORMAZIONI E CHIARIMENTI RICHIESTI.

L'esame consiste in uno sforzo fisico praticato su un cicloergometro. Lo sforzo è protratto fino al raggiungimento di specifici criteri elettrocardiografici e/o clinici, a meno che il paziente desideri l'interruzione della prova per sopraggiunta stanchezza muscolare o per altri motivi. Durante la stessa verrà registrato continuamente l'elettrocardiogramma e verrà misurata la pressione arteriosa a intervalli.

### Informazioni generali

- disturbi che eventualmente potranno insorgere durante l'indagine: dolore al petto, difficoltà respiratorie, palpitazioni, senso di mancamento; è necessario avvertire tempestivamente il personale medico e infermieristico non appena tali sintomi dovessero manifestarsi.

L'interruzione dell'esame implica:

- una incompletezza dell'iter clinico e diagnostico;
- una carente formulazione della diagnosi finale;
- l'inizio o la prosecuzione della terapia in termini empirici, ovvero l'impossibilità di stabilire una corretta terapia, con tutto ciò che ne deriva in termini di prognosi.

Inoltre, il test da sforzo ergometrico massimale è un esame diagnostico per cardiopatia ischemica con sensibilità del 68% ed una specificità del 77% (per la malattia monovasale la sensibilità è del 25-71% e per malattia multivasale la sensibilità è dell'83%). Nella letteratura medica internazionale le complicanze più gravi sono rare e possono verificarsi fino ad un massimo di 1 caso su 10000 esami (0,01%).

Le apparecchiature necessarie e il personale addestrato per fronteggiare qualsiasi urgenza/emergenza saranno prontamente disponibili.

## CONSENSO INFORMATO PER L'ESECUZIONE DI TEST ERGOMETRICO (Elettrocardiogramma da sforzo)

*Nel rapporto tra medico e paziente si ritiene necessario ed eticamente corretto un ruolo consapevole e attivo di quest'ultimo in relazione agli esami diagnostici invasivi e al trattamento e ai quali volontariamente si sottopone.*

*Per questa ragione, con il presente documento, Lei viene informato ed il medico che glielo sottopone e glielo illustra Le fornirà ogni più ampia e chiara informazione necessaria alla sua comprensione e si accerterà che Lei abbia bene compreso quanto viene qui di seguito sottoposto alla sua attenzione e alla finale sottoscrizione.*

*È importante che Lei ritenga le spiegazioni fornite esaurienti e chiare e, in particolare, abbia bene presente quanto Le viene proposto per ottenere un trattamento terapeutico appropriato. Le sono stati indicati i benefici in relazione a quanto Le verrà praticato, i possibili rischi e le eventuali alternative, così da consentirle una volontaria e conseguentemente consapevole decisione in merito. Per questo Le viene fornita anche per iscritto un'informazione quanto più dettagliata e completa possibile, per rendere comprensibile ed esauriente l'esposizione. Se lo ritenesse necessario, non abbia timore nel richiedere le ulteriori informazioni che crede utili al fine di risolvere eventuali dubbi o chiarire aspetti di quanto esposto che non ha pienamente compreso. La invitiamo pertanto, prima di prestare il suo consenso scritto firmando il presente modulo, a chiarire con il medico che glielo sottopone ogni aspetto che non Le appare sufficientemente comprensibile.*

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ confermo di avere avuto, in data odierna, un colloquio informativo con il/la Dott. / Dott.ssa

il/la quale mi ha spiegato che a motivo della patologia di cui sono affetto,

### DIAGNOSI

è necessario/opportuno intraprendere l'esecuzione del:

### TEST ERGOMETRICO (ELETTROCARDIOGRAMMA DA SFORZO)

A tal proposito sono stato informato, in modo completo e da me comprensibile, in ordine:

- alla mia diagnosi risultante dalla visita e/o dall'esame;
- al trattamento più adeguato, ai tempi e alle modalità di attuazione;
- ai potenziali benefici del trattamento;
- alle possibili complicazioni, ai rischi e ai relativi ulteriori interventi medici;
- alle possibilità di insuccesso;
- ai rischi particolari legati al mio caso;
- ai disagi che potrebbero verificarsi a seguito del trattamento;
- ai tempi e alle modalità di recupero;
- alle opzioni terapeutiche alternative al trattamento diagnostico/terapeutico propostomi;
- compreso il non trattamento e gli annessi rischi;
- alle dotazioni strumentali necessarie.

**U.O. di Cardiologia**  
Responsabile Dott. M. Bianchi

Confermo inoltre:

- di avere avuto la possibilità di fare domande sul trattamento propostomi e che il medico si è reso disponibile per eventuali ulteriori chiarimenti;
- di essere a conoscenza della possibilità di dover firmare un nuovo modulo qualora il trattamento si suddivida in diversi momenti, in dipendenza dei quali potrebbero sorgere rischi per la mia salute;
- di essere stato informato della possibilità di revocare il mio consenso qualora non voglia più proseguire la cura;
- di sapere che ove si rendessero necessarie modifiche rispetto a quanto già discusso, dovrò manifestare di nuovo il mio consenso;

**Intendo dunque, liberamente e coscientemente, sottopormi al trattamento consigliatomi, avendo ricevuto le informazioni necessarie per valutarne l'opportunità.**

### ATTO DI CONSENSO

Con la presente dichiarazione, da valere come manifestazione piena, libera ed incondizionata della mia volontà, io sottoscritto dichiaro di avere ricevuto e compreso le informazioni sopra elencate sinteticamente ed esposte nel documento tecnico allegato e:

<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <b>Do il consenso</b></p> <p>Firma del Paziente, tutore/genitore _____</p> <p>Firma del Medico _____ <i>(timbro o matricola e firma leggibile)</i></p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <b>Non do/revoco il consenso</b></p> <p>Firma del Paziente, tutore/genitore _____</p> <p>Firma del Medico _____ <i>(timbro o matricola e firma leggibile)</i></p>
<p>Data: _____</p>	

Dati del dichiarante:

- paziente
- tutore del paziente inabilitato
- genitori del paziente minorenni esercenti la patria potestà

in stampatello riportare nome e cognome e data di nascita del dichiarante, se diverso dal paziente:

\_\_\_\_\_

Firma dell'altro genitore \_\_\_\_\_

Indicare il nominativo dell'eventuale mediatore / interprete utilizzato \_\_\_\_\_