

Unità Operativa di Cardiologia

NORME DI PREPARAZIONE

PROVA DA SFORZO CARDIORESPIRATORIO

IL PAZIENTE È INVITATO AD ATTENERSI SCRUPOLOSAMENTE ALLE NORME RIPORTATE

PER POTER ESEGUIRE L'ESAME IL PAZIENTE DEVE:

- PRESENTARSI A DIGIUNO DA ALMENO DUE ORE O EVENTUALMENTE AVENDO ASSUNTO UN PASTO LEGGERO;
- INDOSSARE SCARPE E ABBIGLIAMENTO COMODO;
- IL GIORNO DELL'ESAME, RIPORTARE COMPILATO IL CONSENSO INFORMATO.

UNITA' OPERATIVA di CARDIOLOGIA

Responsabile: Dr. Angelo Anzuini

CONSENSO INFORMATO PER TEST ELETTROCARDIOGRAFICO DA SFORZO CARDIOPOLMONARE

INFORMATIVA

1. CHE COSA E' IL TEST DA SFORZO CARDIOPOLMONARE?

Il Test da Sforzo cardiopolmonare con misura dei gas espiratori e della ventilazione ha lo scopo di accertare lo stato del sistema cardiovascolare e di permettere di decidere quale iter clinico e terapeutico debba essere intrapreso grazie alle specifiche informazioni che derivano da questa indagine.

L'esame consiste in uno sforzo fisico praticato su un cicloergometro, che verrà protratto fino al raggiungimento di specifici criteri elettrocardiografici e/o clinici, a meno che Lei non desideri l'interruzione della prova per stanchezza muscolare o per altri motivi. Durante il test verrà registrato continuamente l'elettrocardiogramma e verranno misurati (attraverso l'impiego di un boccaglio) ventilazione, consumo di ossigeno, produzione di anidride carbonica e parametri derivati, pressione arteriosa ad intervalli stabiliti. In alcuni casi è necessario prelievo di sangue arterioso

2. COSA FARE PRIMA DELL'ESAME?

E' necessario presentarsi all'esame:

- a digiuno per un tempo maggiore di 2 ore o eventualmente avendo assunto un pasto leggero
- indossare scarpe e abbigliamento comodo

3. QUALI DISTURBI POSSONO VERIFICARSI DURANTE L'ESECUZIONE DELL'ESAME?

Durante l'indagine potranno eventualmente insorgere dei disturbi quali:

- dolore al petto
- difficoltà respiratorie
- palpitazioni
- senso di mancamento

Se tali sintomi dovessero manifestarsi sarà necessario avvertire immediatamente il personale medico ed infermieristico.

4. QUALI SONO I RISCHI DELL'ESAME?

Questa indagine presenta gli stessi rischi di un elettrocardiogramma da sforzo standard; sono quindi possibili, anche se estremamente rare, complicanze cardiovascolari quali infarto miocardico, aritmie

minacciose ed ictus cerebri in particolare nei pazienti affetti da coronaropatia di grado severo o scompenso cardiaco.

Sono presenti apparecchiature necessarie e personale addestrato per fronteggiare qualsiasi emergenza e urgenza.

5. QUALI SONO LE CONSEGUENZE DELLA NON ESECUZIONE DELL'ESAME?

La non esecuzione dell'indagine potrebbe implicare:

- un'incompletezza dell'iter diagnostico;
- una carente formulazione della diagnosi finale o la necessità di ricorrere ad indagini alternative più complesse;
- l'inizio o la prosecuzione della terapia in termini empirici, ovvero la limitata possibilità di stabilire una corretta terapia con tutto ciò che ne deriva in termini di prognosi.

CONSENSO INFORMATO

Data:/...../..... Ore: :

Io / Noi sottoscritta/o/i

Cognome e nome (Paziente, Genitore, Rappresentante Legale)

.....

Nata/o a (.....)

il/...../.....

**GENERALITA' PAZIENTE
(apporre etichetta
identificativa)**

Cognome e nome (Secondo Genitore)

.....

Nata/o a (.....)

il/...../.....

IN QUALITA' DI:

DIRETTA/O INTERESSATA/O

GENITORE/I (*in assenza del secondo genitore compilare mod_CONS_001 "Dichiarazione sostitutiva di certificazione per genitore unico")

TUTORE CURATORE AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO TITOLARE RESPONSABILITÀ GENITORIALE
(*compilare mod_CONS_002 "Dichiarazione sostitutiva di certificazione per rappresentante legale")

di.....nata/o a..... (....) il/...../.....

DICHIARO/DICHIARIAMO:

di avere avuto un colloquio informativo con la dr.ssa/il dr., durante il quale sono/siamo stato/i reso/i edotto/i della diagnosi formulata a conclusione della visita medica e/o degli esami diagnostici sin qui eseguiti. Al termine mi/ci è stato spiegato in modo chiaro che si rende necessario intraprendere il seguente trattamento diagnostico/terapeutico che verrà eseguito da medici appartenenti al Team chirurgico/U.O. di

Diagnosi	
Trattamento diagnostico-terapeutico	
Sede	
Lateralità (ove applicabile)	

DICHIARO/DICHIARIAMO INOLTRE:

di aver ricevuto informazioni esaurienti, come da Informativa fornita, riguardo a:

- tipologia di procedura proposta, tempi e modalità di esecuzione;
- benefici attesi, possibilità di successo e di insuccesso della procedura proposta;
- potenziali complicanze (immediate e/o a distanza) correlate alla procedura o al mio caso specifico, in relazione alla presenza di patologie concomitanti;
- opzioni terapeutiche alternative al trattamento proposto con relativi benefici, rischi e complicanze;
- conseguenze sulla vita sociale e lavorativa che potrebbero verificarsi a seguito del trattamento e relativi tempi e modalità di recupero;
- possibili esiti clinici in caso di rifiuto del trattamento proposto.

CONSENSO INFORMATO

CONFERMO/CONFERMIAMO INFINE DI:

- aver letto e discusso con il medico tutte le informazioni contenute nell'Informativa allegata al presente modulo;
- avere avuto la possibilità di fare domande sul trattamento proposto e che il medico si è reso/a disponibile per eventuali ulteriori chiarimenti;
- sapere che ove si rendessero necessarie modifiche rispetto a quanto già discusso, dovrò/dovremo manifestare un nuovo consenso al trattamento;
- essere informata/o/i della possibilità di revocare il mio/nostro consenso al trattamento in qualsiasi momento precedente alla sua esecuzione
- di aver tenuto conto della volontà del minore, in relazione alla sua età e grado di maturità, riguardo all'esecuzione del trattamento proposto (applicabile solo per pazienti minori).

CONSAPEVOLE/I DI QUANTO SOPRA, DICHIARO/DICHIARIAMO DI:

ACCONSENIRE NON ACCONSENIRE

all'esecuzione del trattamento proposto

Firma del Paziente, Genitore, Rappresentante Legale

.....

Firma del secondo Genitore

.....

Nome, Cognome e Firma eventuale interprete (Allegare documento d'identità)

.....

Timbro e Firma del medico

REVOCA DEL CONSENSO

Data:/...../.....	Ore: :
-------------------------	--------------------

Consapevole/i ed informata/o/i sui rischi derivanti da tale scelta,

DICHIARO/DICHIARIAMO DI REVOCARE

il consenso al trattamento di

.....

precedentemente accettato in data/...../.....

Firma del Paziente, Genitore, Rappresentante Legale

.....

Firma del secondo Genitore

.....

Nome, Cognome e Firma eventuale interprete (Allegare documento d'identità)

.....

Timbro e Firma del medico