



## Richiesta di Consenso Informato Test da sforzo al Cicloergometro

L'esame che Le è stato proposto consiste nel creare uno sforzo fisico in grado di stimolare il suo cuore e le sue coronarie (utilizzo di una particolare cyclette).

Verrà eseguito il Test per valutare se le Sue coronarie sono in grado di dilatarsi in risposta allo sforzo e se, in una o più di queste, è presente un restringimento del vaso che può indurre ischemia.

L'ischemia si potrebbe verificare nel caso in cui Lei senta un dolore cardiaco (angina pectoris), palpitazioni, disturbi del respiro o sintomi legati alla riduzione della pressione arteriosa.

Il Test da Sforzo, permette di conoscere meglio la sua condizione attuale e la presenza o meno di un eventuale rischio cardiovascolare a cui Lei potrebbe andare incontro. Se si rileva il rischio, saremo in grado di prescrivere una terapia di protezione cardiaca.

Durante il Test, il Medico Specialista Cardiologo eseguirà un esame elettrocardiografico continuo e, con l'aiuto di un'Infermiera Professionale, controllerà la Sua pressione arteriosa.

E' importante che Lei riferisca qualsiasi sintomo, avvertito durante o dopo l'esame.

Esistono alcune controindicazioni assolute che comporterebbero un rischio elevato per la Sua vita e sono:

- Infarto miocardico acuto
- Pericardite
- Ipertensione arteriosa grave
- Stenosi aortica grave
- Angina instabile
- Miocardite
- Aritmie ventricolari gravi
- Scompenso cardiocircolatorio

In assenza delle suddette controindicazioni, Le probabilità che insorgano complicazioni sono particolarmente basse.

### CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto/a.....Codice fiscale..... dopo aver preso visione di quanto sopra riportato, dichiara:

- di aver letto e compreso quanto scritto e illustrato dal Medico Cardiologo in merito all'esame "Test da sforzo al Cicloergometro"
- di aver comunicato al Medico Cardiologo che sottoscrive il presente consenso, tutto quanto riguarda il proprio stato di salute per quanto attiene a malattie pregresse, interventi chirurgici subiti, ricoveri ospedalieri, allergie e/o intolleranze, terapie farmacologiche assunte in precedenza o attualmente, e tutto quanto può essere utile al Medico Cardiologo per meglio inquadrare il Suo stato di salute

ed esprime il proprio consenso a sottoporsi all'esame proposto.

Il/la sottoscritto/a dichiara che tale consenso è univoco e libero da coercizioni.

Cogno Monzese, .....

**Firma del paziente**

**Firma del Medico Cardiologo**

.....

.....