



## CONSENSO INFORMATO PER “PROVA DA SFORZO AL CICLOERGOMETRO”

**Il Sottoscritto** .....

- per se stesso
- esercente/i la potestà genitoriale del minore.....a cui è stata data adeguata informazione sul consenso e sulla procedura sottoriportati (*essendo i sottocitati trattamenti considerati come “trattamenti medici comuni”, è sufficiente il consenso di uno solo dei genitori*)
- legale rappresentante (in caso di soggetto privo in tutto o in parte di autonomia decisionale) di

.....  
(allegare fotocopia del documento del legale rappresentante

Dichiaro che prima di sottopormi al test cardiologico da sforzo ho avuto un colloquio con l’infermiere e con il medico dell’ambulatorio di cardiologia che mi ha/hanno illustrato gli scopi, la modalità di esecuzione, i possibili rischi legati all’esame.

Tale esame viene effettuato al fine di valutare la capacità del mio cuore nel rispondere allo sforzo.

Sono a conoscenza che questa prova sottopone il cuore ad uno stress e quindi ad un rischio che, pur minimo e controllato, può causare disturbi del ritmo cardiaco, raramente episodi di insufficienza coronarica acuta (angina, infarto) ed ancor più raramente altre gravi complicanze.

Sono consapevole che per questi motivi il test viene condotto con particolare attenzione da personale esperto e qualificato ed ogni cautela è adottata per ridurre al minimo la possibilità d’inconvenienti e le loro complicanze ed in ogni momento posso interrompere spontaneamente la prova.

Sono stato informato della necessità di avvertire immediatamente il personale dell’ambulatorio qualora si presentassero sintomi quali: qualsiasi tipo di dolore (ad esempio: al torace, alle braccia, alle gambe), mancanza di respiro, palpitazioni, senso di mancamento.

Ho compreso tutto quanto precede, ogni mia domanda ha avuto risposta soddisfacente, chiedo di essere sottoposto alla prova da sforzo presso questo ambulatorio cardiologico.

Ve - Mestre, li ..... Firma del paziente .....

Il medico ha verificato che il paziente ha compreso quanto sopra illustrato (*se paziente minorenni, il medico ha informato e ricercato con le dovute cautele l’adesione alle terapie proposte*)

Ve-Mestre, li ..... Firma del Medico .....