



POLIAMBULATORIO IUCOPILLA

MODULO PER IL CONSENSO INFORMATO PER TEST ERGOMETRICO (PROVA DA SFORZO)

INFORMATIVA AL PAZIENTE:

Io sottoscritto/a _____ nato a _____ il _____

Io sottoscritto/a chiedo di essere sottoposto ad esame strumentale mediante step test e/o test ergometrico al cicloergometro, ho avuto un colloquio con un Medico, il quale mi ha illustrato le specifiche modalità di esecuzione della prova.

Modalità di esecuzione del test

Il test ergometrico consiste in una prova da sforzo mediante cicloergometro.

Generalmente si effettua il test al cicloergometro (cyclette), una prova da sforzo massimale (cioè protratta fino all'esaurimento muscolare), applicando carichi di lavoro progressivamente crescenti. Durante la prova al cicloergometro viene registrato continuamente un elettrocardiogramma e viene monitorizzata la pressione arteriosa: in tal modo è possibile determinare il grado di tolleranza allo sforzo misurando i carichi di lavoro e valutare istante per istante la presenza o meno di eventuali anomalie.

Lo sforzo verrà protratto fino al raggiungimento di specifici criteri elettrocardiografici e/o clinici a meno che il paziente non sia particolarmente affaticato/a, per cui la prova verrà interrotta; durante la stessa verrà registrato continuamente l'elettrocardiogramma e verrà misurata la pressione arteriosa ad intervalli.

Informazioni sulla preparazione

Il paziente deve essere a digiuno da almeno 3 ore. Non deve aver assunto sostanze eccitanti (the o caffè) o aver fumato almeno nelle 2 ore precedenti l'esame. La sospensione di una eventuale terapia è a discrezione del medico che richiede l'esame. E' consigliabile un abbigliamento adatto all'esecuzione di un esercizio fisico.



Telefono

045 2426477



3791865737



Email

info@poliambulatorioiucopilla.it



www.poliambulatorioiucopilla.it



Indirizzo

Via Archimede, 10 - 37136

San Martino Buon Albergo - VR



POLIAMBULATORIO IUCOPILLA

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Sono stato messo/a al corrente:

- Dei disturbi che eventualmente potranno insorgere durante l'indagine (dolore al petto, difficoltà nella respirazione, palpitazioni, senso di mancamento);
- Della necessità di avvertire tempestivamente il personale medico ed infermieristico non appena tali sintomi dovessero manifestarsi;
- Dei rischi insiti nell'indagine, pur se prescritta e condotta secondo arte e secondo le più moderne conoscenze mediche,
- Delle eventuali alternative diagnostiche
- Del diritto a ritirare il mio consenso in qualsiasi momento senza alcuna spiegazione.

Sono stato/a infine informato/a che LA NON ESECUZIONE DELL'INDAGINE IMPLICA:

- a) un'incompletezza dell'iter clinico e diagnostico che comporterà la mancata consegna del certificato
- b) agonistico; b) quindi una carente formulazione della diagnosi finale;
- c) l'inizio o la prosecuzione della terapia in termini empirici, ovvero l'impossibilità di stabilire una corretta terapia con tutt'altro che ne deriva in termini di prognosi.

Dichiaro altresì di avere correttamente informato il medico visitante delle condizioni di salute, delle malattie pregresse e dei farmaci assunti, nonché dichiaro di non aver posto in essere comportamenti tali da rendere pericoloso tale esame quali ad esempio l'assunzione di sostanze attive in grado di falsare la normale risposta fisiologica allo stress.

Prima dell'esecuzione dell'indagine sono stato/a esaminato/a dal medico che ha accertato che non sussistono condizioni per cui la prova debba essere rinviata o sospesa. Le apparecchiature necessarie e il personale addestrato per fronteggiare qualsiasi urgenza/emergenza saranno prontamente disponibili.

Nel rispetto della privacy, i miei dati personali saranno utilizzati solo per quanto attiene alla mia salute secondo quanto previsto dal GDPR 679/2016.

Ho letto e compreso quanto sopra, sono stato adeguatamente informato ed ho ottenuto risposta ad ogni mia richiesta o chiarimento.

- ☐ **Acconsento** a sottopormi alla prova da sforzo allo step test/cicloergometro (*in questo caso sarà possibile procedere all'esame per il rilascio dell'idoneità*)
- ☐ **Non Acconsento** a sottopormi alla prova da sforzo allo step test/cicloergometro (*in questo caso non sarà possibile procedere all'esame per il rilascio dell'idoneità*)

Luogo _____, data ____/____/____

Firma del paziente

Firma del medico



Telefono

045 2426477



3791865737



Email

info@poliambulatorioiucopilla.it



www.poliambulatorioiucopilla.it



Indirizzo

Via Archimede, 10 - 37136

San Martino Buon Albergo - VR



POLIAMBULATORIO IUCOPILLA

***PER IL SOGGETTO MINORENNE O PRIVO DI AUTONOMIA DECISIONALE**

Dati identificativi di chi si sottopone alla prova da sforzo

Cognome e Nome _____

Data di nascita/...../.....luogo _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA dell'ATTO di NOTORIETA'(art. 47, D.P.R. 18 dicembre 2000, n°445):

Dati identificativi di chi esercita patria potestà

Io sottoscritto/a _____

_____ (cognome e
nome). Data di nascita/...../.....luogo _____

Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false, nonché del fatto che la potestà sul minorenni compete, di regola, ad entrambi i genitori (anche se separati o divorziati), dichiaro:

- ☐ di essere genitore del minore e che l'altro genitore non sottoscrive il modulo ma è consenziente (o deceduto o altro) e verrà da me informato in merito all'esito dell'esame
- ☐ di essere legale rappresentante del minore (tutore o altro)

Dichiaro

di aver ricevuto informazione comprensibile ed esauriente sul significato della prova da sforzo/step test a cui il rappresentato verrà sottoposto.

Liberamente, spontaneamente e consapevolmente

- ☐ **Acconsento ed autorizzo** che il/la minore sottoposto/a a mia tutela effettui la prova da sforzo allo step test/cicloergometro (*in questo caso sarà possibile procedere all'esame per il rilascio dell'idoneità*). Sono anche consapevole che posso revocare le mie decisioni qui espresse sino al momento dell'esecuzione della prestazione.
- ☐ **NON acconsento** che il/la minore sottoposto a mia tutela effettui l'esame proposto (*in questo caso non sarà possibile procedere all'esame per il rilascio dell'idoneità*) dichiarando di comprendere appieno le conseguenze del rifiuto di eseguire la prestazione sanitaria consigliata e di esonerare totalmente l'intera struttura sanitaria da qualsivoglia responsabilità per danni conseguenti alla decisione assunta.

Luogo _____ Data ____/____/____

Firma del Genitore/Tutore/amministratore di Sostegno/Legale rappresentante _____

Firma del medico _____



Telefono

045 2426477



3791865737



Email

info@poliambulatorioiucopilla.it



www.poliambulatorioiucopilla.it



Indirizzo

Via Archimede, 10 - 37136

San Martino Buon Albergo - VR

Partita Iva 04589770231 - REA: VR - 433100