



data di emissione: 30/11/2011	redatto da AQ:	verificato da RQ:	approvato AD:
nome file: i_q1005a_consenso informato test da sforzo.doc			

Dati del Paziente

Cognome		Nome	
Data di Nascita			

Allo scopo di determinare la mia risposta cardiovascolare all'esercizio, acconsento volontariamente ad essere sottoposto/a ad un Test da Sforzo al cicloergometro.

Le informazioni ottenute sul mio apparato cardiovascolare saranno d'aiuto al medico per ottenere una diagnosi dei sintomi da me accusati, valutare la gravità della malattia, controllare l'efficacia della terapia o conoscere il grado di allenamento fisico in previsione dell'inizio di attività sportiva.

Prima di iniziare l'esame ho avuto un colloquio con il Medico Cardiologo che ha accertato che non sussistono controindicazioni all'esecuzione del test che sarà effettuato su una bicicletta con graduale incremento dello sforzo sino ad esaurimento muscolare.

Durante l'esame l'elettrocardiogramma e la pressione arteriosa saranno costantemente monitorati. Dovrò avvertire il medico dell'eventuale comparsa di disturbi, particolare affaticamento, mancanza di respiro o dolore toracico.

Sono stato/a inoltre informato che possono verificarsi durante l'esame anomalie della pressione arteriosa e del ritmo cardiaco, e raramente infarto cardiaco e morte (0.01 %).

Le apparecchiature ed i farmaci necessari con personale esperto saranno prontamente disponibili. Ho letto e compreso i rischi ed i benefici illustrati dal medico cardiologo ed ho ottenuto soddisfacente risposta ad ogni mia domanda.

In piena coscienza,

non acconsento / acconsento,

a sottopormi Test da Sforzo al cicloergometro.

Data.....

Firma Paziente
.....

Firma Medico Cardiologo
.....