



**SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE PIEMONTE**

Azienda Sanitaria Locale TO2

Costituita con D.P.G.R. n. 81 del 17.12.2007
Codice Fiscale/ Partita Iva 09737190018
Sede legale: c.so Svizzera, 164 - 10149 TORINO
011/4393111

AVVERTENZE PER IL PAZIENTE

All' appuntamento fissato per il Test Ergometrico è necessario presentarsi muniti di:

- Tutta la documentazione clinica precedente
- E.C.G. a riposo recente (1 mese)
- RX Torace recente (6 mesi)

L'assistito dovrà presentare la dichiarazione allegata firmata.

Chiarimenti in merito all'esame potranno essere richiesti direttamente al personale sanitario (medici, infermieri professionali) del Servizio.

E' INDISPENSABILE

- Non fumare nelle due ore antecedenti l'esame.
- Non bere alcolici nelle 6 ore antecedenti l'esame.
- Valutare con il medico richiedente l'esame la prosecuzione di farmaci che possono alterare il risultato del test. A questo proposito, i betabloccanti devono essere sospesi 72 ore prima, i calcioantagonisti 48 ore prima, i nitroderivati 24 ore prima.
- Non compiere attività fisica intensa successivamente all'esame.
- Depilare la regione anteriore del torace.
- Non fare docce molto calde successivamente all'esame.

SI FA PRESENTE CHE

L'orario di esecuzione dell'esame può subire modifiche per esigenze interne (esami prolungati, prestazioni di pronto soccorso).

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO

Io, acconsento volontariamente ad essere sottoposto a Test Ergometrico.

Prima di sottopormi al test avrò un colloquio con un medico del Laboratorio di ergometria, che mi illustrerà le modalità di esecuzione della prova.

Sarò inoltre valutato da un medico cardiologo, il quale accerterà, anche in base alla documentazione clinica da me portata, che non sussistano condizioni per cui la prova vada rinviata o non eseguita.

Il test sarà effettuato con l'uso di un tappeto rotante che consentirà un incremento progressivo dello sforzo.

L'esercizio sarà incrementato gradualmente fino alla comparsa di alcuni sintomi quali affaticamento, crampi alle gambe, affanno, dolore al petto, o fino a quando il medico non riterrà opportuno interromperlo.

Durante la prova la mia frequenza cardiaca, la mia pressione arteriosa e il mio elettrocardiogramma saranno costantemente tenuti sotto controllo.

Dovrò avvertire il personale sanitario presente in caso di comparsa di dolore al petto, senso di vertigini, debolezza, malessere generale poiché questi sintomi possono essere indicativi di un reale stato di pericolo.

Sono informato dei rischi connessi con l'esecuzione della prova che, secondo quanto riportato dalla letteratura medica internazionale, consistono nella possibilità di un infarto miocardico acuto o morte o eventi aritmici importanti ogni 10.000 esami. Mi è stato dettagliatamente spiegato che i benefici dal punto di vista diagnostico sono di gran lunga superiori a tali rischi.

Sono inoltre informato che sono immediatamente disponibili personale, farmaci, attrezzature in grado di affrontare qualunque emergenza cardiologica.

Ho letto e compreso quanto sopra ed ho ottenuto risposta ad ogni mia richiesta o chiarimento.

Data _____

Firma del paziente _____