



A.S.L. 5

(A.S.L. TO 3 dal 1° gennaio in seguito all'accorpamento con l'ASL 10 di Pinerolo)

CONSENSO INFORMATO

(leggere e firmare da parte del paziente prima dell'esecuzione dell'esame)

Consento volontariamente ad essere sottoposto all'esecuzione della **prova da sforzo**. Prima di eseguire il test ho avuto il colloquio con il cardiologo dell'ambulatorio di ergometria il quale mi ha illustrato le indicazioni e le modalità di esecuzione del test, del suo significato e degli eventuali rischi correlati. Durante la prova il mio polso, la mia pressione e il mio elettrocardiogramma verranno tenuti sotto controllo continuo. Sono stato informato che dovrò tempestivamente avvertire il personale nel caso mi comparisse durante l'esercizio dolore al torace, mancanza di respiro, vertigine o qualunque altro disturbo. La prova è eseguita da personale qualificato e con apparecchiature idonee. Ho letto e compreso chiaramente quanto sopra ed ho ottenuto soddisfacente risposta ad ogni mia richiesta di chiarimento.

Rivoli,

Firma del paziente