



AZIENDA U.L.S.S. N. 6 EUGANEA

www.aulss6.veneto.it – P.E.C.: protocollo.aulss6@pecveneto.it
Via Enrico degli Scrovegni n. 14 – 35131 PADOVA

Cod. Fisc. / P. IVA 00349050286

U.O. AMBULATORIO CARDIOLOGICO - P.O. CAMPOSAMPIERO

**INFORMAZIONI E CONSENSO PER ESECUZIONE DI:
ECOCARDIOGRAMMA DA SFORZO**

Gentile Signora/e allo scopo di:

- definire la natura dei disturbi cardiaci da me accusati;
- accertare lo stato del sistema cardiovascolare;
- decidere sull'ulteriore iter clinico e terapeutico grazie alle specifiche cognizioni che derivano da questa indagine,

ACCETTO DI SOTTOPORMI A QUESTO TEST.

Sono stato pertanto informato che l'esame consiste di varie fasi:

- esecuzione di un test al cicloergometro con carichi crescenti da lavoro secondo protocolli stabiliti dalle linee guida internazionali;
- esecuzione di un ecocardiogramma prima , durante e dopo lo sforzo fisico, con eventuale ausilio di un mezzo di contrasto ecografico (Sonovue) per migliorare la visualizzazione delle pareti del cuore (vedi consenso specifico);
- durante l'esame verrà registrato continuamente l'elettrocardiogramma e verrà misurata la pressione arteriosa e la saturazione dell'ossigeno ad intervalli regolari;
- lo sforzo fisico stimola la forza di contrazione del cuore e provoca un aumento della pressione arteriosa e della frequenza cardiaca, con un aumento significativo del fabbisogno di ossigeno del muscolo cardiaco. Pertanto , in presenza di ostruzioni (stenosi) significative delle arterie coronarie può indurre ischemia miocardica. In presenza di malattia delle valvole cardiache , inoltre, modifica le condizioni emodinamiche (carico di pressione e/o volume) a livello di queste ultime.

Sono stato **INFORMATO** che la procedura, pur effettuata secondo Leges Artis, comporta una incompressibile percentuale di disturbi e complicanze ed in particolare:

- dei disturbi che, eventualmente, potranno insorgere durante l'indagine (dolore al petto, difficoltà a respirare, palpitazioni , sudorazione, senso di calore diffuso, senso di mancamento);
- della necessità di avvertire tempestivamente il personale medico ed infermieristico non appena si dovessero manifestare dei sintomi, in modo tale che il medico potrà decidere se interrompere l'esame;
- dei rischi insiti nell'indagine (insorgenza di infarto miocardico acuto, aritmie gravi, arresto cardiaco, decesso, quest'ultimo con una frequenza inferiore a 1/10.000), pure se prescritta e condotta secondo arte e secondo le più moderne conoscenze mediche;
- che le apparecchiature ed i farmaci necessari ed il personale medico ed infermieristico addestrato per fronteggiare qualsiasi emergenza od urgenza saranno prontamente disponibili;
- delle eventuali alternative diagnostiche;
- del diritto a ritirare il mio consenso in qualsiasi momento senza alcuna spiegazione.

Sono stato **INFORMATO** che la **NON** esecuzione dell'indagine implica.

- una incompletezza nell'iter diagnostico;
- quindi una carente formulazione della diagnosi finale;

-l'inizio o la prosecuzione della terapia in termini empirici, ovvero la impossibilità di stabilire una corretta terapia, con tutto ciò che ne deriva per la mia salute in termini di prognosi.

Prima dell'esecuzione dell'esame sono stato esaminato da un cardiologo il quale ha accertato che NON sussistono controindicazioni o condizioni per cui il test debba essere rinviato o non eseguito.

COME PREPARARSI ALL'ECOCARDIOGRAMMA DA SFORZO



- Il giorno dell'esame colazione leggera
- Segnalare peso e altezza la mattina del test
- Presentarsi in ambulatorio indossando abiti comodi (se possibile una tuta ginnica) e scarpe da ginnastica
- **Si prega di attenersi scrupolosamente alle indicazioni date, presentarsi all' orario previsto, muniti di impegnativa ,documentazione cardiologica e tessera sanitaria.**
- Per quanto concerne eventuale sospensione di terapia farmacologica il paziente è pregato di attenersi alle indicazioni date dal cardiologo
-

E' consigliato attendere nella sala d'attesa dell'ambulatorio cardiologico per almeno 15 minuti dopo l'esame. Successivamente l'infermiera che ha assistito all'esame, consegnerà la risposta.

CONSENSO:

IO SOTTOSCRITTA/O _____

NATA/O IL _____ A _____

IO SOTTOSCRITTA/O _____

NATA/O IL _____ A _____

In qualità di genitore / amministratore di sostegno/tutore legale di

_____ nata/o a _____

il _____

Acconsento che sia sottoposto ad ecostress fisico

Prima di sottopormi alla procedura , ho avuto un colloquio con :

il medico del laboratorio di ecografia ,

Dott. _____

Il quale mi ha illustrato le specifiche modalità di esecuzione del test.

Luogo e data _____

Firma del paziente _____

Firma del medico che esegue l'esame
