

Regione del Veneto
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

Presidio Ospedaliero di Cittadella
U.O.C. CARDIOLOGIA

Cittadella, _____

Paziente:
Cognome: _____
Nome: _____
Data di nascita: _____

CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DI TEST ERGOMETRICO
(prova da sforzo al cicloergometro o al tappeto rotante)

Io sottoscritto/a _____, allo scopo di accertare la mia situazione cardiovascolare e/o definire la natura di disturbi cardiaci da me accusati, acconsento volontariamente a sottopormi all'esecuzione del test da sforzo.

Prima di eseguire la procedura, sono stato informato sulle specifiche modalità di esecuzione della stessa. Sono stato perciò messo al corrente che:

- l'esame consta di uno sforzo fisico praticato su una cyclette o su un tappeto scorrevole,
- lo sforzo verrà protratto fino al raggiungimento di specifici criteri elettrocardiografici e/o clinici, a meno che io non sia particolarmente affaticato per cui la prova verrà interrotta.

Sono stato altresì messo al corrente:

- dei disturbi che eventualmente potrebbero 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 che, anche se prescritta e condotta secondo le più moderne conoscenze mediche, può, in casi molto rari provocare l'insorgenza di aritmie o fugaci svenimenti e in casi eccezionali un infarto del miocardio o arresto cardiaco.
- del diritto a ritirare il mio consenso in qualsiasi momento senza alcuna spiegazione.

Prima dell'esecuzione dell'indagine sono stato esaminato dal medico che ha accertato che non sussistono condizioni per cui la prova debba essere rinviata o sospesa.

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

Firma del paziente

Firma del medico
