



MOD 02	CONSENSO INFORMATO PER IL TEST DA SFORZO Soggetto ad elevato rischio cardiovascolare	Rev.0 2020
--------	---	---------------

DATI IDENTIFICATIVI

Nome e Cognome:, nato/a a il

-dati identificativi dei genitori (se minore d'età)

.....

-dati del legale rappresentante (se soggetto privo in parte/del tutto di autonomia decisionale)

.....

Atto sanitario proposto: **PROVA DA SFORZO**

con cicloergometro con tappeto rotante con ergometro a manovella

Dichiaro di aver fornito l'informazione sull'atto sanitario proposto, avendo accertato l'assenza di controindicazioni cliniche e di aver illustrato le specifiche modalità di preparazione ed esecuzione dell'esame e che valuterò successivamente l'esito.

Il medico cui potrà fare riferimento è il dott.

ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO:

Dichiaro di essere stato/a informato/a in modo comprensibile ed esauriente, in data dal dott. e di aver

compreso le problematiche da cui sono affetto e il trattamento che mi è stato proposto. In particolare che il test si esegue pedalando su una cyclette, o correndo su un tappeto rotante, che aumenta progressivamente e regolarmente la resistenza sui pedali per mezzo di un freno, ovvero su tappeto rotante che incrementa progressivamente e regolarmente la sua velocità di scorrimento e la sua pendenza.

Questo sforzo fisico provoca un aumento della frequenza cardiaca e della pressione arteriosa fino al raggiungimento del valore massimale calcolato in base alla mia età ed al mio sesso.

Durante la prova vengono monitorizzati in continuo l'Elettrocardiogramma e la pressione arteriosa.

L'obiettivo di questo test è di documentare la presenza di aritmie o ischemia cardiaca (cioè ridotto apporto di sangue al muscolo cardiaco) e quindi di una malattia cardiaca coronarica.

Se si raggiunge almeno l'85% della frequenza massimale, lo sforzo eseguito è considerato sufficiente e la prova eseguita è considerata conclusiva e interpretabile.

Questa tecnica, attraverso le modificazioni dell'ECG (elettrocardiogramma), della frequenza cardiaca e della pressione arteriosa consente di:

- > porre diagnosi di ischemia inducibile da sforzo (nei soggetti con dolore toracico sospetto)
- > individuare il livello di sforzo a cui compare il dolore (soglia d'angor) o l'ischemia elettrocardiografica (soglia ischemica)
- > l'eventuale compromissione funzionale del cuore (riduzione della pressione arteriosa da sforzo)
- > l'interessamento ischemico del sistema elettrico di conduzione del cuore con la comparsa di aritmie/blocchi di conduzione
- > l'efficacia della terapia anti-ischemica e/o anti-ipertensiva in atto
- > valutare l'efficienza fisica e il rischio coronarico in soggetti con malattia coronarica nota e/o con pregresso infarto miocardico.

L'esame avrà la durata indicativa di circa 6-15 minuti, (comunque il medico vi seguirà molto da vicino e fermerà il test se penserà che non sia sicuro per voi) sarà seguito da altri 4-10 minuti di defaticamento. Se verranno rilevati segni di malattia delle coronarie, il vostro medico potrà proporvi degli approfondimenti diagnostici ulteriori o un cambiamento di terapia. Se il test invece è risultato negativo (nessun cambiamento nell'ECG, normale comportamento della pressione arteriosa) è verosimile che il vostro rischio di avere una malattia coronarica sia molto basso.

Il test da sforzo ha una buona sensibilità, cioè è capace di rilevare la malattia coronarica,

quando presente, in circa il 68-70% dei casi.

IL TEST POTRÀ ESSERE INTERROTTO

- > su giudizio del Cardiologo, quando sono state ottenute sufficienti informazioni o quando compaiono sintomi o segni che ne consigliano la sospensione
- > in qualsiasi momento Lei lo desideri.

I DISTURBI CHE POSSONO COMPARIRE DURANTE L'ESAME

Durante l'indagine potrebbe avvertire uno o più dei disturbi minori sotto elencati:

- > palpitazione
- > formicolii al viso ed agli arti superiori
- > sensazione di battito cardiaco progressivamente più veloce e intenso
- > mal di testa
- > senso di vertigine
- > respirazione difficoltosa
- > dolore - oppressione al torace, collo, braccia
- > malessere vago
- > nausea, vomito
- > senso di calore.

È molto importante che Lei avverta tempestivamente il personale medico ed infermieristico non appena si dovessero manifestare questi disturbi, con particolare riguardo a respirazione difficoltosa, dolore toracico, senso di svenimento.

I PRINCIPALI RISCHI

Sono stato altresì messo al corrente che, anche se il test viene condotto con diligenza e secondo le più moderne conoscenze mediche, esistono dei rischi insiti nell'indagine. In letteratura (Heart 2004; 90-suppl) è stato segnalato che in rari casi (0,0001%) il test da sforzo ha provocato effetti collaterali gravi:

- > aritmie ventricolari - fibrillazione e tachicardia ventricolare- < 5/1.000
- > infarto miocardico acuto < 5/10.000
- > morte < 1/10.000

Complicanze minori: altre aritmie, ipotensione post-sforzo, crisi ipertensiva.

Le ricordiamo comunque che il personale è addestrato per fronteggiare le emergenze/urgenze e che sono prontamente disponibili le apparecchiature necessarie al trattamento di eventuali complicanze che dovessero insorgere.

CONSENSO ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME

Nel caso in cui Lei accettasse di sottoporsi al test diagnostico proposto il cardiologo Le farà firmare questo modulo per il consenso. Lei potrà decidere liberamente, in qualsiasi momento e senza fornire alcuna spiegazione, di cambiare idea e di revocare il consenso.

La procedura (prova da sforzo) sarà eseguita da un cardiologo/medico dello sport della UOSD Servizio Attività Motoria - Ambulatorio di Medicina dello Sport (coadiuvato/i da personale infermieristico appositamente addestrato),

Dott

Prima dell'esecuzione dell'indagine sono stato/a esaminato/a da un cardiologo/medico dello sport il quale ha accertato che non sussistono condizioni per cui la prova debba essere rinviata o sospesa.

Le apparecchiature necessarie ed il personale addestrato per le emergenze/urgenze saranno prontamente disponibili.

Sono a conoscenza della possibilità di revocare il seguente consenso in qualsiasi momento prima dell'atto sanitario.

Recepita l'informazione ricevuta **ACCONSENTO** **NON ACCONSENTO** all'effettuazione dell'atto sanitario su indicato

Data _____

Firma del Paziente _____

FIRMARE IN CASO DI PAZIENTE MINORENNE

Firma del padre e/o Firma della madre

Firma del tutore Firma del minore maggiore ai 14 anni.

FIRMARE IN CASO DI PAZIENTE INTERDETTO O SOTTOPOSTO AD UNA AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO

Firma del tutore/amministratore di sostegno: