

Unità Operativa di Cardiologia

NORME DI PREPARAZIONE

PROVA DA SFORZO CARDIORESPIRATORIO

IL PAZIENTE È INVITATO AD ATTENERSI SCRUPolosAMENTE ALLE NORME RIPORTATE

PER POTER ESEGUIRE L'ESAME IL PAZIENTE DEVE:

- PRESENTARSI A DIGIUNO DA ALMENO DUE ORE O EVENTUALMENTE AVENDO ASSUNTO UN PASTO LEGGERO;
- INDOSSARE SCARPE E ABBIGLIAMENTO COMODO;
- IL GIORNO DELL'ESAME, RIPORTARE COMPILATO IL CONSENSO INFORMATO.

UNITA' OPERATIVA di CARDIOLOGIA

Responsabile: Dr. Angelo Anzuini

**CONSENSO INFORMATO
PER TEST ELETTROCARDIOGRAFICO
DA SFORZO CARDIOPOLMONARE***in caso di assenza di etichetta identificativa paziente
compilare i dati sottostanti*

Cognome e Nome _____

Nato/a _____ il ____/____/____

GENERALITÀ PAZIENTE

(apporre l'etichetta identificativa)

dichiaro di

essere stata/o informata/o in modo chiaro ed a me comprensibile dal Dr./Dr.ssa _____

- ✓ della diagnosi formulata alla conclusione della visita e/o degli esame/i diagnostici a cui sono stato sottoposto:

inserire la diagnosi

- ✓ della necessità di sottopormi a:

inserire intervento chirurgico/procedura

- ✓ delle patologie concomitanti che costituiscono un rischio individuale specifico tale da influenzare il rischio di complicanze:

indicare le patologie☐ **NULLA DA SEGNALARE**

- ✓ delle alternative terapeutiche all'intervento chirurgico/procedura proposto

Il presente modulo viene consegnato al paziente in previsione dell'intervento chirurgico / procedura, a completamento di quanto già espresso verbalmente, per informarlo dei rischi e dei benefici connessi all'operazione prevista ed ottenere il Suo consenso informato. Tale atto, indispensabile e previsto dalla legge, viene richiesto a tutela del malato e non al fine di sollevare il medico dalle responsabilità professionali. Si prega di leggere per esteso il documento prima di firmarlo, rivolgendosi al medico dell'Unità Operativa / Servizio per ogni eventuale chiarimento.

Dopo aver letto queste notizie e dopo averne parlato con il medico responsabile delle sue cure o con il medico che eseguirà l'intervento necessario, il paziente sottoscriverà questo consenso al trattamento proposto od opporrà un suo rifiuto. In quest'ultima spiacevole condizione nulla cambierà nei rapporti tra il paziente ed i medici del reparto che continueranno ad impegnarsi per fornire il miglior trattamento possibile anche senza quello proposto, ritenuto assolutamente necessario. Deve essere chiaro che la mancata esecuzione della procedura terapeutica proposta, implicherà l'aumentato rischio di mortalità o una rilevante riduzione dei risultati terapeutici.

1. CHE COSA E' IL TEST DA SFORZO CARDIOPOLMONARE?

Il Test da Sforzo cardiopolmonare con misura dei gas espiratori e della ventilazione ha lo scopo di accertare lo stato del sistema cardiovascolare e di permettere di decidere quale iter clinico e terapeutico debba essere intrapreso grazie alle specifiche informazioni che derivano da questa indagine.

L'esame consiste in uno sforzo fisico praticato su un cicloergometro, che verrà protratto fino al raggiungimento di specifici criteri elettrocardiografici e/o clinici, a meno che Lei non desideri l'interruzione della prova per stanchezza muscolare o per altri motivi. Durante il test verrà registrato continuamente l'elettrocardiogramma e verranno misurati (attraverso l'impiego di un boccaglio) ventilazione, consumo di ossigeno, produzione di anidride carbonica e parametri derivati, pressione arteriosa ad intervalli stabiliti. In alcuni casi è necessario prelievo di sangue arterioso

2. COSA FARE PRIMA DELL'ESAME?

E' necessario presentarsi all'esame:

- a digiuno per un tempo maggiore di 2 ore o eventualmente avendo assunto un pasto leggero
- indossare scarpe e abbigliamento comodo

3. QUALI DISTURBI POSSONO VERIFICARSI DURANTE L'ESECUZIONE DELL'ESAME?

Durante l'indagine potranno eventualmente insorgere dei disturbi quali:

- dolore al petto
- difficoltà respiratorie
- palpitazioni
- senso di mancamento

Se tali sintomi dovessero manifestarsi sarà necessario avvertire immediatamente il personale medico ed infermieristico.

4. QUALI SONO I RISCHI DELL'ESAME?

Questa indagine presenta gli stessi rischi di un elettrocardiogramma da sforzo standard; sono quindi possibili, anche se estremamente rare, complicanze cardiovascolari quali infarto miocardico, aritmie minacciose ed ictus cerebrali in particolare nei pazienti affetti da coronaropatia di grado severo o scompenso cardiaco.

Sono presenti apparecchiature necessarie e personale addestrato per fronteggiare qualsiasi emergenza e urgenza.

5. QUALI SONO LE CONSEGUENZE DELLA NON ESECUZIONE DELL'ESAME?

La non esecuzione dell'indagine potrebbe implicare:

- un'incompletezza dell'iter diagnostico;
- una carente formulazione della diagnosi finale o la necessità di ricorrere ad indagini alternative più complesse;
- l'inizio o la prosecuzione della terapia in termini empirici, ovvero la limitata possibilità di stabilire una corretta terapia con tutto ciò che ne deriva in termini di prognosi.

CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto/a

*in caso di assenza di etichetta identificativa paziente
compilare i dati sottostanti*

Cognome e Nome _____

Nato/a _____ il ____/____/____

GENERALITÀ PAZIENTE

(apporre l'etichetta identificativa)

dichiaro di

- aver letto e compreso l'informativa specifica, parte integrante di questo consenso
- essere stato adeguatamente informato sul mio stato di salute, sulle modalità di esecuzione terapeutiche dell'intervento chirurgico/procedura propostami, sulle finalità diagnostiche/terapeutiche dell'intervento chirurgico/procedura stessa, sulle complicanze più frequenti, sui rischi e sui benefici del trattamento, sulle alternative di cura e sulle eventuali conseguenze da rifiuto del trattamento stesso, sulla necessità, qualora si verificasse, di ricorrere a emotrasfusioni
- essere stato informato sull'equipe che esegue l'intervento chirurgico /procedura proposti
- essere stato adeguatamente informato sulle patologie concomitanti per le quali il rischio specifico dell'intervento proposto/procedura risulta essere aumentato
- avere compreso e discusso con il medico le informazioni che mi sono state fornite
- essere a conoscenza di poter revocare il consenso in qualsiasi momento
- di autorizzare i sanitari, ove durante l'intervento chirurgico/procedura se ne ravvisasse la necessità, a modificare il programma chirurgico prospettato e preventivamente concordato
- aver riferito al medico la mia storia clinica e tutte le terapie convenzionali e alternative che sto assumendo

e quindi in piena consapevolezza

☐ **ACCETTO**

☐ **RIFIUTO**

di SOTTOPORMI presso CODESTA STRUTTURA
ad INTERVENTO CHIRURGICO/PROCEDURA sopraindicato

Informazione data al paziente tramite INTERPRETE e/o in presenza di TESTIMONE

Nome e Cognome dell'INTERPRETE

Firma

Nome e Cognome del TESTIMONE

Firma

INCAPACITA' D'INTENDERE e DI VOLERE

• SÌ

Nome e Cognome del TUTORE LEGALE

Firma

PAZIENTE MINORE

**il consenso del paziente minore deve essere sottoscritto da entrambi i genitori*

Firma madre

Firma padre

Firma Tutore legale

Firma giudice tutelare

Data: ____/____/____

Firma paziente **X** _____

Timbro e Firma Medico **X** _____