

## **CONSENSO INFORMATO TEST ERGOMETRICO**

L'indagine consiste nella monitorizzazione dell'elettrocardiogramma e nella misura della pressione arteriosa durante l'esecuzione di uno sforzo fisico eseguito per mezzo di un cicloergometro. Il test è indicato nei pazienti che si rivolgono

Non sempre il test consente di porre diagnosi di malattia coronarica o di escluderla; in considerazione però della semplicità di esecuzione e dell'accuratezza diagnostica, il test ergometrico è il primo esame che viene proposto a scopo diagnostico.

Nel caso in cui il risultato del test non dovessero essere conclusivo, verranno proposte altre indagini. Nei pazienti con diagnosi accertata di malattia coronarica, il test ergometrico viene eseguito periodicamente per valutare l'efficacia della malattia. Il test viene anche usato per pianificare adeguatamente un programma di riabilitazione cardiologica e per l'accertamento dell'idoneità sportiva agonistica.

All'inizio del test viene impostato un protocollo di graduale aumento dello sforzo fisico (ogni "gradino" può protrarsi per due o tre minuti) che si protrae fino al raggiungimento della frequenza cardiaca massimale prevista per età (220 meno gli anni per gli uomini, 200 meno gli anni per le donne) o fino alla comparsa di affaticamento o di sintomi come il dolore toracico, la mancanza di respiro, il dolore alle gambe o fino a quando il medico lo ritiene opportuno in base alle modifiche dell'elettrocardiogramma e/o della pressione arteriosa misurata in tempo reale. Il paziente dovrà segnalare al medico, in modo tempestivo, qualsiasi disturbo perché potrebbe essere indicativo di un relativo stato di pericolo.

### **PREPARAZIONE PER L'ESAME:**

La mattina dell'esame si dovrà fare una colazione leggera e presentarsi in abito comodo (tuta da ginnastica) e scarpe da tennis. Depilare il torace (per gli uomini). Non applicare creme. I farmaci abituali possono essere assunti salvo specifica indicazione del cardiologo.

La durata dell'esame è di 30 minuti circa. Portare tutta la documentazione cardiologica precedente.

### **RISCHI E COMPLICANZE:**

I rischi legati al test ergometrico sono in genere molto modesti; in alcuni casi può essere indotta un'ischemia cardiaca che può manifestarsi con il dolore toracico lamentato dal paziente o può essere rilevata dal medico attraverso l'elettrocardiogramma.

Solo raramente l'ischemia indotta richiede la somministrazione di farmaci.

Talora si può verificare la riduzione della pressione arteriosa che si manifesta clinicamente con offuscamento della vista e sudorazione: in questo caso il test verrà interrotto e il paziente steso sul lettino, adiacente al cicloergometro, con le gambe sollevate; si otterrà così un rapido ripristino dei valori abituali di pressione arteriosa. Sono sempre disponibili i presidi sanitari necessari a fronteggiare queste evenienze ed il personale è addestrato a fronteggiarle all'occorrenza.

In alcuni rari casi possono comparire aritmie cardiache pericolose per la vita. L'incidenza di tali complicanze è di 3:10.000 e la mortalità di 1:10.000.

Al termine del test, indipendentemente dal risultato, il Paziente è invitato a trattenersi per 15-20 minuti nella sala d'attesa al fine di prevenire qualsiasi inconveniente successivo alla conclusione del test.

## MODULO DI CONSENSO INFORMATO

Nel rapporto tra medico e Paziente si ritiene necessario ed eticamente corretto, un ruolo consapevole ed attivo di quest'ultimo in relazione al trattamento e agli esami diagnostici a cui volontariamente si sottopone.

Per questa ragione, con questo documento, Lei viene informato, e il Medico che glielo sottopone e glielo illustra Le fornirà ogni più ampia e chiara informazione necessaria alla sua comprensione e si accerterà che Lei abbia ben compreso quanto viene qui di seguito sottoposto alla Sua attenzione e alla finale sottoscrizione. È importante che Lei ritenga le spiegazioni fornite esaurienti e chiare ed in particolare abbia ben presente quanto Le viene proposto per ottenere una diagnosi corretta ed attendibile al fine di sottoporla poi, se necessario, al trattamento terapeutico più appropriato.

Di seguito, pertanto, Le verranno indicati i benefici in relazione a quanto Le verrà praticato in questa fase diagnostica, i possibili rischi e le possibili alternative in modo da consentirLe una volontaria e consapevole decisione in merito; per questo Le viene fornita un'informazione scritta quanto più dettagliata e completa possibile al fine di rendere il più esauriente l'esposizione. Se lo ritiene necessario, non abbia alcun timore nel richiedere le ulteriori informazioni che considera utili al fine di risolvere eventuali dubbi o chiarire alcuni aspetti di quanto esposto che non ha pienamente compreso. La invitiamo, pertanto, prima di esprimere il Suo consenso scritto, firmando il presente modulo, a chiarire alcuni aspetti con il medico che glielo sottopone, ogni aspetto che non le appaia sufficientemente comprensibile. Preso atto di quanto sopra richiamato, confermo che il Dottor Giuseppe Cerone mi ha illustrato la natura del trattamento ed il metodo con il quale viene effettuato, le problematiche cliniche che ne giustificano l'effettuazione, i rischi ad essa connessi e le eventuali alternative possibili.

Sono in particolare stato informato che il TEST ERGOMETRICO viene eseguito allo scopo di:

- Definire la natura dei disturbi cardiaci da me accusati;
- Stabilire il successivo iter diagnostico e terapeutico o controllare l'efficacia della terapia farmacologica;
- Stabilire l'idoneità alla pratica sportiva;

Vengo anche informato:

- Dei disturbi che potrò avvertire durante l'esame;
  - Della necessità di avvertire in modo tempestivo il personale del Laboratorio qualora accusassi dolore toracico, dolore alle gambe, mancanza di respiro e senso di mancamento;
  - Dei rischi legati alla prova;
  - Del diritto di poter ritirare il mio consenso in qualsiasi momento e senza fornire alcuna motivazione
- Mi viene confermato che sarà presente in ambulatorio durante la procedura, personale qualificato a far fronte a qualsiasi necessità clinica e che verranno usate le apparecchiature tecniche conformi alle necessità specifiche.

Certifico di essere maggiorenne. Nel caso in cui non avessi raggiunto la maggiore età, i miei genitori o chi esercita la tutela legale sulla mia persona, firmerà unitamente a me il presente modulo, dopo aver ricevuto le stesse informazioni che sono state date a me.

Io sottoscritto letto quanto sopra con quanto allegato, ritengo di aver correttamente compreso e ottenuto i chiarimenti richiesti **ACCONSENTO** di essere sottoposto a **TEST ERGOMETRICO**.

Data ...../...../.....

Firma dell'atleta o chi ne fa le veci