 	UNITA' OPERATIVA COMPLESSA DI CARDIOLOGIA –UTIC Distretto Chioggia Direttore U.O.C. Dr. Roberto Valle	Consenso N° 16 Pag. 1 / 3
	INFORMATIVA AL TEST DA SFORZO con CICLOERGOMETRO o TREAD MILL (TAPPETO ROTANTE)	

**MODELLO ILLUSTRATIVO PER
TEST DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO O TREAD MILL (TAPPETO ROTANTE)**

lo sottoscritto _____

nato/a _____ il _____

dichiaro di essere stato/a informato/a, dal dott. _____ che la mia malattia rende necessario l'esecuzione del test da sforzo o del tread mill (tappeto rotante).

SCOPO DEL TRATTAMENTO:

L'**Elettrocardiogramma sotto sforzo** o **Test ergometrico** è una metodica diagnostica che utilizza la valutazione di variazioni dell'elettrocardiogramma ottenute durante sforzo fisico, per diagnosticare la presenza e la gravità delle malattie cardiache da alterazione dello stato anatomico-funzionale delle arterie coronarie.

Questo esame può essere eseguito a partire dagli 8 anni (altezza minima 1 metro).

NOTE: è previsto che il paziente, il giorno dell'esecuzione del test, si presenti con la richiesta medica, con gli esami del sangue (ionemia ed emocromo) e strumentali raccomandati dal medico che ha prescritto l'esame.

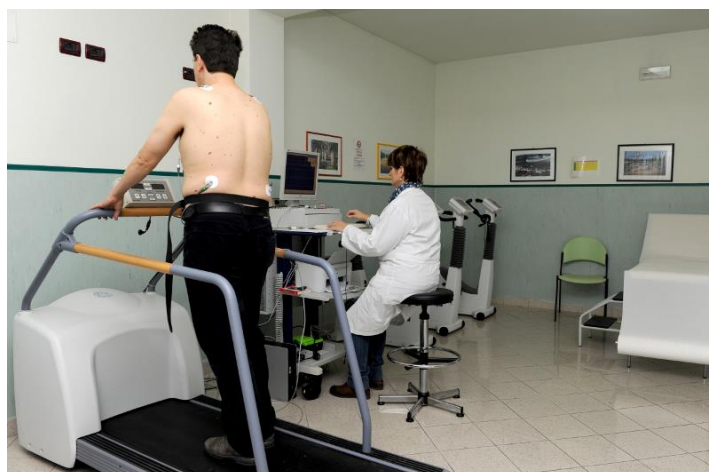
MODALITA' D'INTERVENTO:

Se necessaria va eseguita la depilazione del torace per posizionare gli elettrodi (verrà eseguita dall'infermiere se non precedentemente eseguita).

Si consiglia di sottoporsi al test a digiuno da due ore e di assumere la terapia farmacologica abituale, se non altrimenti raccomandato dal medico che richiede l'esame.


Particolare attenzione va riservata nell'indossare un abbigliamento comodo.

L'utente viene dapprima informato dal medico sulle modalità, sul significato e sui rischi derivanti dall'esecuzione del test.



[Digitare il testo]

Data applicazione	01/08/2014	Redazione	Inf. Lara Boscarato
Data revisione	14/08/2022	Revisione	Coord. Inf. Pantano Ivan Andrea Dott.sa Noventa Federica
Approvazione	Dr. R. Valle	Verifica	Coord. Inf. Pantano Ivan Andrea

 	UNITA' OPERATIVA COMPLESSA DI CARDIOLOGIA –UTIC Distretto Chioggia Direttore U.O.C. Dr. Roberto Valle	Consenso N° 16 Pag. 2 / 3
	INFORMATIVA AL TEST DA SFORZO con CICLOERGOMETRO o TREAD MILL (TAPPETO ROTANTE)	

Il soggetto viene invitato a salire sul cicloergometro o a posizionarsi sul tapis roulant: verrà eseguito un elettrocardiogramma (ECG) e verrà rilevata la pressione arteriosa per cogliere eventuali condizioni di base che controindichino l'esame.

Da questo momento, inizia il monitoraggio ECG continuo.

A discrezione del medico, potrà essere eseguito il test dell'iperventilazione, che consiste nel compiere una serie di respiri profondi per un breve periodo di tempo, prima di iniziare il test da sforzo vero e proprio, allo scopo di evocare alterazioni dell'ECG.

L'utente quindi inizia a compiere lo sforzo, pedalando sul cicloergometro o correndo sul tapis roulant.

Durante lo svolgimento della prova, il paziente potrà avvertire dolore al petto, difficoltà nella respirazione, senso di mancamento, palpitazioni ed è necessario che informi immediatamente il personale medico ed infermieristico.

Il medico valuta le eventuali modificazioni del tracciato elettrocardiografico e l'infermiere rileva la pressione arteriosa ad intervalli regolari, di due minuti.

Il test prosegue fino al raggiungimento della frequenza cardiaca massima consentita o fino all'esaurimento della resistenza muscolare del paziente.

La manifestazione di sintomi e segni clinici di insufficienza coronarica, con o senza alterazioni ECG, e la comparsa di complicazioni gravi rappresentano criteri di interruzione immediata dell'esame.

I risultati ottenuti vengono analizzati dal medico, il quale redige un referto che verrà poi consegnato prima di abbandonare l'ambulatorio.

Al termine dell'esecuzione del test, a prescindere dal risultato dello stesso, il paziente verrà invitato a trattenersi per 15-20 minuti nella sala d'aspetto dell'ambulatorio con lo scopo di prevenire ogni inconveniente che dovesse manifestarsi tardivamente rispetto alla conclusione dell'esame.

RISCHI E INCOVENIENTI:

Il test ergometrico ha rischi molto modesti di fronte al beneficio, di gran lunga superiore, di poter diagnosticare la presenza e/o la gravità di una malattia delle arterie coronarie.

Raramente possono comparire sotto sforzo aritmie cardiache ventricolare o ischemia cardiaca, compreso l'infarto miocardico acuto; il quale si manifesta con dolore al petto oppure con alterazioni al tracciato elettrocardiografico. Generalmente, l'ischemia si risolve spontaneamente con l'interruzione dell'esercizio. Solo in rari casi sarà necessaria la somministrazione di farmaci per la risoluzione del problema.

Più frequente è il senso di mancamento dopo sforzo intenso, a volte associato a lieve calo pressorio, il quale si risolve di solito spontaneamente.



Il test è controindicato nelle seguenti condizioni: scompenso cardiocircolatorio acuto, infarto miocardico acuto, dissecazione aortica, ipertensione arteriosa grave, angina pectoris instabile, stenosi aortica grave, aritmie ventricolari non adeguatamente controllate dalla terapia, pericardite, miocardite, malattie infettive in atto, incapacità a compiere attività fisica o lo sforzo richiesto.

CONSEGUENZE AL MANCATO TRATTAMENTO:

La informiamo tuttavia che la non esecuzione dell'indagine potrebbe implicare:

[Digitare il testo]

Data applicazione	01/08/2014	Redazione	Inf. Lara Boscarato
Data revisione	14/08/2022	Revisione	Coord. Inf. Pantano Ivan Andrea Dott.sa Noventa Federica
Approvazione	Dr. R. Valle	Verifica	Coord. Inf. Pantano Ivan Andrea

 	UNITA' OPERATIVA COMPLESSA DI CARDIOLOGIA –UTIC Distretto Chioggia Direttore U.O.C. Dr. Roberto Valle	Consenso N° 16 Pag. 3 / 3
	INFORMATIVA AL TEST DA SFORZO con CICLOERGOMETRO o TREAD MILL (TAPPETO ROTANTE)	

_ un'incompletezza nell'iter diagnostico con una carente formulazione della diagnosi finale, che in caso di coronaropatie può sfociare anche con la comparsa di un infarto miocardico acuto;

_ 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.

Ciò nonostante un Suo eventuale rifiuto di sottoporsi al test non comporterà alcuna conseguenza sulla continuazione dell'assistenza cardiologica.

ALTERNATIVE DI EQUIVALENTE EFFICACIA:

Nel caso di rifiuto ad effettuare l'esame che le è stato proposto dal medico, sarà valutata l'opportunità di eseguire un test diagnostico alternativo (scintigrafia miocardica o Ecocardiografia con stress farmacologico o angio -TAC coronarica e/o coronarografia.)

DURATA DELLA PROCEDURA: 20-40 minuti

REGIME DI ASSISTENZA: La procedura viene eseguita in regime ambulatoriale o durante un precedente ricovero.

[Digitare il testo]

Data applicazione	01/08/2014	Redazione	Inf. Lara Boscarato
Data revisione	14/08/2022	Revisione	Coord. Inf. Pantano Ivan Andrea Dott.sa Noventa Federica
Approvazione	Dr. R. Valle	Verifica	Coord. Inf. Pantano Ivan Andrea

UO/Servizio di _____

Ospedale/Distretto di _____

PARTE I – DATI IDENTIFICATIVI (a cura del medico proponente)

1) Dati identificativi dell'**assistito/a**:

Cognome _____ Nome _____

Data di Nascita ___/___/_____

1a) Dati del **legale rappresentante** (in caso di soggetto privo in tutto o in parte di autonomia decisionale; tutore, amministratore di sostegno, ...)

Cognome _____ Nome _____

Data di Nascita ___/___/_____

NB: va allegato l'atto di nomina.

PARTE II – Eventuale DELEGA del CONSENSO INFORMATO

2) Io sottoscritto/a _____

in data ___/___/_____ alle ore _____ **dichiaro di DELEGARE a ricevere le informazioni e ad esprimere il consenso** in mia vece

il/la sig./ra Cognome _____ Nome _____

Data di Nascita ___/___/_____

3) Firma del delegato _____

4) Firma del paziente _____

5) Firma e Timbro del medico _____

PARTE III – DATI SANITARI E INFORMATIVA (a cura del medico proponente)

6) Sintesi situazione clinica: _____

7) Atti sanitari proposti:

8) **Informativa:** dichiaro di aver fornito al/alla Sig./a _____ l'informazione sugli atti sanitari proposti.

9) Data: _____ ore: _____ 10) Firma e Timbro del medico _____

PARTE IV – ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO *(Parte a cura del dell'equipe medica-chirurgica esecutrice)*

Io sottoscritto/a _____ dichiaro:

11) di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente sugli atti sanitari proposti, attraverso:

colloquio informativo con intervento dell'interprete/mediatore culturale sig./sig.ra _____

i moduli relativi agli atti sanitari proposti, consegnati e spiegati dal dott. _____

il colloquio informativo con il dott. _____ avvenuto il giorno ___/___/___ alle ore _____;

12) di essere a conoscenza della possibilità di **REVOCARE** il presente consenso in qualsiasi momento prima degli atti sanitari e di chiedere ogni ulteriore informazione qualora lo desideri;

13) di esprimere (barrare la scelta) **CONSENSO** / **DISSENSO** libero, spontaneo e in piena coscienza agli atti sanitari proposti.

14) Osservazioni _____

15) Data _____ ore: _____ 16) Firma _____

17) Firma del Legale Rappresentante _____

18) Firma e Timbro del Medico _____

PARTE V – REVOCA DEL CONSENSO INFORMATO

19) Io sottoscritto/a _____

in data ___/___/___ alle ore _____ **dichiaro di REVOCARE il consenso** ai seguenti atti sanitari

sopra riportati: _____

20) Firma _____

21) Firma del Legale Rappresentante _____

22) Firma e Timbro del medico _____

23) **NOTE:**

	CONSENSO INFORMATO del MINORE agli ATTI SANITARI (ai sensi degli artt. 1 e 3 della L. 219/2017)	PAT_MD_00002 REV1 23/02/2022
--	---	------------------------------------

UO/Servizio di _____

Ospedale/Distretto di _____

PARTE I – DATI IDENTIFICATIVI (a cura del medico proponente)

1) Dati identificativi dell'**assistito/a**:

Cognome _____ Nome _____

Data di Nascita ___/___/_____

1a) Dati esercente/i la **responsabilità genitoriale**:

Cognome _____ Nome _____

Data di Nascita ___/___/_____

Cognome _____ Nome _____

Data di Nascita ___/___/_____

1b) **Nel caso di impossibilità all'acquisizione del consenso di entrambi i genitori**

(Da far compilare al genitore presente)

Io sottoscritto/o _____

DICHIARO

consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 317, 337 ter e 337 quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Firma _____

1c) Dati del **Tutore**:

Cognome _____ Nome _____

Data di Nascita ___/___/_____

N.B. In caso di presenza tutore è necessario acquisire copia dell'atto di nomina.

PARTE II – DATI SANITARI e INFORMATIVA (a cura del medico proponente)

2) Sintesi situazione clinica:

3) Atti sanitari proposti:

- _____
- _____
- 4) **Informativa:** dichiaro di aver fornito al/alli/i Sig./a/i _____
_____ l'informazione sugli atti sanitari proposti.
- 5) Data: _____ ore: _____ 6) Firma e Timbro del Medico _____

PARTE III – ESPRESSIONE e ACQUISIZIONE del CONSENSO INFORMATO *(Parte a cura del dell'equipe medica-chirurgica esecutrice)*

- 7) Noi/io sottoscritti/o genitori/e/tutore _____
_____ dichiariamo/dichiaro:
- 8) di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente sugli atti sanitari proposti, attraverso:
- colloquio informativo con intervento dell'interprete/mediatore culturale sig./sig.ra _____
- i moduli relativi agli atti sanitari proposti, consegnati e spiegati dal dott. _____
- il colloquio informativo con il dott. _____ avvenuto il giorno ___/___/___ alle ore ___;
- 9) di essere a conoscenza della possibilità di REVOCARE il presente consenso in qualsiasi momento prima degli atti sanitari e di chiedere ogni ulteriore informazione qualora lo desideri;
- 10) di esprimere (barrare la scelta) **CONSENSO** / **DISSENSO** libero, spontaneo e in piena coscienza agli atti sanitari proposti.
- 11) Osservazioni _____
- _____
- 12) Data _____ ore: _____ 13) Firme genitori/e/tutore _____
- _____
- 14) Firma e Timbro del Medico _____

PARTE IV – REVOCA del CONSENSO INFORMATO

- 15) Noi/io sottoscritti/o genitori/e/tutore _____
- _____
- in data ___/___/___ alle ore ___ **dichiaro di revocare il consenso** ai seguenti atti sanitari, sopra citati: _____
- 16) Firme genitori/e/tutore _____
- _____
- 17) Firma e Timbro del Medico _____
- 18) **NOTE:** _____
- _____
- _____