

CENTRO MEDICO SPECIALISTICO Via Fava 2/B - 37139 Verona	Modulo di consenso informato all'atto sanitario	Rif. PRQ_GRC-002
	INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO TEST DA SFORZO CARDIOLOGICO	INFO_AMB-001 Rev. 0 del 14.12.23

Gentile Signora/Egregio Signore,
una adeguata informazione sul piano di cura rappresenta un elemento indispensabile per lo svolgimento di ogni attività sanitaria e costituisce una parte essenziale del piano diagnostico, terapeutico ed assistenziale. Per tale motivo, ad integrazione del colloquio con il medico, riteniamo utile fornirle la presente informativa, che Le permetta di divenire il più possibile partecipe dell'impegno comune alla tutela della Sua salute e di affidarsi con consapevolezza al trattamento condiviso. Le informazioni contenute in questo documento mirano ad illustrare le caratteristiche dell'attività sanitaria in oggetto, le modalità di esecuzione, i benefici, nonché le possibili controindicazioni del trattamento. Tali informazioni tuttavia, in relazione al loro carattere generale, non sostituiscono il più esteso ed articolato colloquio informativo con il medico. Il Test da Sforzo Cardiologico trova indicazione in considerazione della sintomatologia e della patologia riscontrata. È importante che riferisca al medico informazioni veritiere sul suo stato di salute, al fine di valutare possibili controindicazioni all'esecuzione dell'esame.

INFORMAZIONI GENERALI SUL TEST DA SFORZO CARDIOLOGICO

Il test da sforzo è conosciuto anche come il test ergometrico ed è un esame che consiste nell'esecuzione di un elettrocardiogramma mentre il paziente è sottoposto ad uno sforzo fisico controllato e di intensità graduale. Questo test viene condotto per valutare il comportamento della frequenza cardiaca, della conduzione atrio-ventricolare e di eventuali aritmie atriali o ventricolari durante lo sforzo richiesto. Lo sforzo richiesto infatti provoca un aumento della frequenza cardiaca e della pressione arteriosa, che determinano una richiesta di sangue più importante da parte del cuore che deve gestire una situazione di lavoro più intensa.

MODALITA' DI ESECUZIONE DEL TEST DA SFORZO CARDIOLOGICO

L'esame si svolge a torace nudo su bicicletta ergonomica a pedale o a manovella mediante un graduale aumento dello sforzo. Durante tutto l'esame vengono costantemente rilevati l'elettrocardiogramma e la pressione arteriosa. Il test viene eseguito sotto costante controllo del Medico e di un Infermiere. Se durante l'indagine si dovessero avvisare disturbi, quali: difficoltà di respiro, dolore al torace, alla mandibola, alle braccia, sensazione di stanchezza o peso retrosternale, bisogna avvisare il personale sanitario che segue il test. L'interruzione dell'esame è ordinata dal medico. Questo sforzo fisico provoca un aumento della frequenza cardiaca e della pressione arteriosa fino al raggiungimento del valore massimale calcolato in base all'età ed al sesso.

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

Il medesimo obiettivo può essere ottenuto tenendo costantemente rilevati l'elettrocardiogramma e la pressione arteriosa salendo e scendendo da un apposito scalino (STEP TEST). Se si raggiunge almeno l'85% della frequenza massimale la prova è considerata conclusiva e quindi interpretabile.

Attraverso le modificazioni dell'ECG, della frequenza cardiaca e della pressione arteriosa, le tecniche sopra descritte consentono 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'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 15 minuti, (*comunque il medico vi seguirà molto da vicino e fermerà il test se penserà che non sia sicuro per voi*) e sarà seguito da un periodo di defaticamento stabilito dal Medico.

Se dovessero essere rilevati segni di malattia delle coronarie, il medico potrà proporvi degli approfondimenti diagnostici ulteriori o un cambiamento di terapia. Se il test invece risultasse 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.

L'indagine potrà essere interrotta quando: a giudizio del medico sono state ottenute sufficienti informazioni o in presenza di sintomi che ne consigliano la sospensione o quando lei lo desidera in qualsiasi momento.

RISCHI E POSSIBILI EFFETTI COLLATERALI DEL TEST DA SFORZO CARDIOLOGICO

Durante l'indagine si potrebbero avvertire uno o più dei seguenti disturbi: palpitazione, formicolii al viso ed agli arti superiori, sensazione di battito cardiaco progressivamente più veloce ed intenso, mal di testa, senso di vertigine, respirazione difficoltosa, dolore - oppressione al torace, collo, braccia malessere vago, nausea, vomito, senso di calore. 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. Laddove il Medico lo ritenga necessario sarà attivata la chiamata al 118 e il trasferimento d'urgenza in struttura ospedaliera.

CENTRO MEDICO SPECIALISTICO Via Fava 2/B - 37139 Verona	Modulo di consenso informato all'atto sanitario	Rif. PRQ_GRC-002
	INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO TEST DA SFORZO CARDIOLOGICO	INFO_AMB-001 Rev. 0 del 14.12.23

ASSUNZIONE DI RESPONSABILITA' DEL PAZIENTE

Ho discusso con il medico dei possibili rischi e delle eventuali prevedibili conseguenze specificamente connessi con la situazione che mi riguarda e ritengo di aver ricevuto esaurienti notizie in merito al Test in argomento. Ho comunque appreso che, sulla base della consolidata esperienza clinica, l'entità dei benefici attesi prevale su quella dei possibili effetti indesiderati. Dichiaro di essere stato informato/a sul tipo di rischi che la stessa potrebbe comportare. Sono altresì informato che, nel caso in cui rifiutassi di effettuare l'esame proposto dal medico, potrebbe essere valutata la possibilità di eseguire un test diagnostico alternativo (scintigrafia miocardica o ecocardiografia con stress farmacologico o angio TAC coronarica e/o coronarografia), essendo tuttavia informato che la non esecuzione dell'indagine potrebbe implicare: i) un'incompletezza nell'iter diagnostico con una carente formulazione della diagnosi finale; ii) 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; iii) qualora necessario alle certificazioni medico-sportive, l'impossibilità di emettere il certificato.

DATI IDENTIFICATIVI

COGNOME E NOME

DATA DI NASCITA

NOMINATIVO DEL / DEI GENITORI O TUTORE LEGALE, SE MINORE/INCAPACE:

DATI SANITARI COMPILAZIONE A CURA DEL MEDICO

DESCRIZIONE DELLA PATOLOGIA E/O DELLA ESIGENZA CLINICA

TEST DA ESEGUIRE:

CON CICLOERGOMETRO

CON SCALINO (STEP TEST)

MANIFESTAZIONE DI CONSENSO INFORMATO AL TEST DA SFORZO CARDIOLOGICO

Io, sottoscritto/a dichiaro di essere stato/a adeguatamente informato/a circa la necessità dell'espletamento del Test da sforzo qui rappresentato. Ho dunque ricevuto informazioni, chiarimenti e risposte esaurienti ad ogni mia domanda da parte del medico responsabile dell'esame, letto e compreso la descrizione riportata sul presente modulo relativa agli scopi, alla modalità di esecuzione e alle possibili complicanze di questo esame. Dichiaro inoltre di essermi sottoposto scupolosamente a quanto riportato nel modulo di preparazione all'esame. Sulla base delle informazioni apprese mediante l'informativa che precede il presente documento, nonché sulla base delle spiegazioni chiare e comprensibili ricevute durante il colloquio con il/la Dott. / D.ssa. sulle modalità, le indicazioni, le controindicazioni dell'esame ed i rischi connessi, il/la sottoscritto/a in qualità di:

- diretto interessato all'atto medico
- tutore di.....
- esercente la potestà sul minore.....

a seguito delle informazioni ricevute

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

All'espletamento del Test da Sforzo e alle eventuali misure che si rendessero necessarie nel corso o dopo l'esecuzione dell'esame.

Data..... Firma leggibile del Paziente (o del Genitore/Tutore):

Firma leggibile dell'eventuale ulteriore Genitore/Tutore:

Confermo di aver spiegato natura, scopi utilità e rischi del Test da eseguire:

Data..... Firma leggibile del Medico:

Il/la sottoscritto/a (Paziente): dichiara inoltre di essere a conoscenza che in ogni trattamento sanitario vi è possibilità di conseguenze dannose, a volte anche imprevedibili, nonostante il corretto comportamento dell'operatore. Concordo sul fatto che la pratica medica e chirurgica non sia una scienza esatta dipendendo in parte dalle variabili soggettive del paziente che per definizione è unico. Benché nel caso specifico siano previsti buoni risultati, questi non possono essere garantiti come certi ma come ipotesi possibili. Preso atto di tutte le informazioni, ritengo di aver ottenuto gli elementi indispensabili per giungere ad una decisione consapevole.

Firma del Paziente (o del Genitore/Tutore):