Sanisystem
MEDICAL CENTER

☐ Pordenone via G. Galilei, 9
☐ Pordenone via Montereale, 53/A
☐ San Donà di Piave via E. Zane, 6

MODULO DI INFORMAZIONE E CONSENSO PER TEST ERGOMETRICO

Cognome e nome_____

nato/a il ____/____/_____ a _____

In che cosa consiste il test ergometrico?
Il test consiste in uno sforzo fisico praticato su una cyclette protratto fino al raggiungimento di specifici criteri elettrocardiografici e/o clinici. Durante la prova verrà registrato continuamente l'elettrocardiogramma e verrà misurata la pressione arteriosa ad intervalli.

Perché fare il test?
Il test ha lo scopo di definire la natura di eventuali disturbi cardiaci, accertare lo stato del sistema cardiovascolare, decidere sull'ulteriore iter clinico e terapeutico.

È possibile interrompere l'esame?
Il test può essere interrotto in qualsiasi momento; è anzi molto importante avvertire tempestivamente il personale medico e infermieristico non appena insorgano disturbi quali dolore al petto, difficoltà di respirazione, palpitazione o senso di mancamento. La non esecuzione dell'indagine però implica un'incompletezza dell'iter clinico e diagnostico, rendendo carente la diagnosi finale e la definizione della corretta terapia.

⁂

La/Il sottoscritta/o, in base a precedenti valutazioni mediche, intende sottoporsi ad accertamenti diagnostici che prevedono l'esecuzione del test ergometrico.
A tal proposito, dichiara di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente sull'esame ecografico e sui rischi ad esso connessi. Acconsente liberamente, spontaneamente e in piena coscienza all'atto sanitario proposto.

Data _____

Firma _____ Firma del medico _____