

**VERBALE DI INFORMAZIONE E ATTESTAZIONE DI CONSENSO/ NON CONSENSO  
AD ATTIVITÀ SANITARIE**

**per soggetti minori / con capacità civile limitata**

I sottoscritti:

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Vedasi dichiarazione sostitutiva allegata.

genitori  legali rappresentanti di:

\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Dott. \_\_\_\_\_ (matricola \_\_\_\_\_)

**sono a dare atto di aver discusso di quanto segue.**

**MOTIVO DELL'INDAGINE**

Il test da sforzo è un esame cardiologico incruento di grande utilità per la diagnosi e la valutazione della **cardiopatìa ischemica**. Attraverso l'analisi della risposta all'esercizio dell'apparato cardiovascolare permette, infatti, di valutare prevalentemente lo stato delle coronarie, e fornisce anche informazioni indirette sulla funzione del muscolo cardiaco e delle valvole cardiache. Tali valutazioni sono utili per ponderare le eventuali indicazioni preventive e terapeutiche (farmacologiche, chirurgiche, ...).

**ATTIVITÀ PROPOSTA**

DENOMINAZIONE: **TEST DA SFORZO**

MODALITÀ ESECUTIVA

Se il Medico esaminatore lo ritiene indicato sotto il profilo clinico, talora è richiesto al Paziente, prima di sottoporsi al test, di sospendere l'assunzione di alcuni farmaci, che potrebbero mascherare i segni di una patologia cardiaca.

È richiesto al Paziente di informare il Medico qualora, nei giorni precedenti al test, gli episodi di dolore al petto siano aumentati di intensità e frequenza.

Il test si effettua utilizzando una bicicletta o correndo su un *tapis roulant* con carico che impone attività fisica progressivamente crescente ("sforzo"), fino alla comparsa di sintomi o fino al raggiungimento di una frequenza cardiaca prefissata, in base all'età del paziente.

Per i pazienti con problematiche agli arti inferiori, il test può essere eseguito con ergomanovella, consentendo di ottenere le stesse informazioni cliniche, in base al lavoro degli arti superiori, anziché di quelli inferiori.

L'esame è eseguito da un Medico affiancato da un Infermiere, entrambi esperti nelle manovre di soccorso cardiopolmonare.

Durante l'esercizio e nelle fasi di recupero immediatamente dopo l'interruzione del test sono controllati con costanza l'attività elettrica cardiaca e la pressione arteriosa.

Il Paziente deve informare il Medico esaminatore qualora durante o dopo il test insorgano sintomi, quali: dolore al petto, affanno, sensazioni di disequilibrio ("vertigini"), debolezza, dolori alle gambe o agli arti superiori (se con ergomanovella).

**POSSIBILI COMPLICANZE / EVENTI AVVERSI**

È raro, ma possibile, che durante il test compaiano disturbi come rialzi della pressione arteriosa, senso di mancamento, alterazioni del battito cardiaco, etc.

Sono possibili anche reazioni gravi: nella letteratura scientifica sono riportati, ogni 1'000 test svolti, tassi di: aritmie cardiache gravi (0,48 casi), infarto miocardico (0,35 casi) e mortalità di circa (0,05 casi).

PERSONALIZZAZIONE DEL RISCHIO IN BASE AD ETÀ ED EVENTUALI CO-MORBILITÀ, TERAPIE FARMACOLOGICHE IN CORSO E/O ALTRI FATTORI DI RISCHIO

---



---



---



---

**ALTRE INFORMAZIONI**

NECESSITÀ DI PARTICOLARI CAUTELE

Al termine dell'esame è richiesto al Paziente di rimanere in Ambulatorio almeno 20 minuti.

**POSSIBILI COMPLICANZE / EVENTI AVVERSI**

Metodiche di indagine alternative a quella proposta sono rappresentate dal cosiddetto "ecostress" e la **scintigrafia miocardica** con dipiridamolo. Queste possono fornire informazioni simili al test da sforzo, ma sono caratterizzate da maggiore invasività.

\* \* \* \* \*

Oltre a quanto sopra, si è anche reso noto che:

- non è possibile garantire in senso assoluto il successo dell'attività sanitaria proposta e si può, dunque porre indicazione a svolgimento di attività di altro tipo e/o ripetizione nel tempo di nuove attività dello stesso tipo;
- è possibile rivolgersi ad altre strutture sanitarie per lo svolgimento dell'attività indicata;
- è possibile revocare il consenso in qualsiasi momento fino a prima dell'atto sanitario;
- è possibile che per sopravvenute urgenze o altre esigenze organizzative l'attività sanitaria di cui al presente documento sia differita, anche poco prima del suo svolgimento, senza possibilità di preavviso.

RICHIESTE DI PRECISAZIONI/ULTERIORI INFORMAZIONI DA PARTE DELL'INTERESSATO/A E RISPOSTA:

---



---



---



---



Si dà atto che per le informazioni di cui sopra:

- non vi è stata necessità di interprete / mediatore culturale  
 sono state discusse con l'aiuto dell'interprete / mediatore culturale:

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

\* \* \* \* \*

Discusso quanto sopra, noi sottoscritti genitori / legali rappresentanti:

- 1) **Confermiamo di aver ben compreso le informazioni discusse e il contenuto informativo del presente scritto, e di aver ricevuto estratto informativo scritto relativo a quanto sopra.**
- 2) **Alla luce di ciò:**

**ACCONSENTIAMO**     **NON ACCONSENTIAMO** all'attività sanitaria proposta, ribadendo di averne compreso in particolare la finalità, i limiti ed i rischi, le eventuali possibili alternative e l'eventuale necessità di variazione modale in corso di svolgimento della stessa.
- 3) **Abbiamo anche compreso di poter richiedere ulteriori chiarimenti e di poter revocare il consenso in qualsiasi momento fino a prima dell'atto sanitario, a condizione che la revoca non ponga in pericolo la salute del soggetto interessato.**

*Per i soggetti interessati di età > 12 anni e in condizioni di poter esprimere la propria volontà:*

Il soggetto, discusso quanto sopra:  NON DISSENTE     DISSENTE dalla procedura proposta.

Data colloquio: \_\_\_\_\_

Data acquisizione consenso/non c.: \_\_\_\_\_

Firme dei  
genitori / legali rappresentanti \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  Vedasi dichiarazione sostitutiva allegata.

**Si prende atto delle volontà sopra espresse.**

Firma del Medico che ha discusso \_\_\_\_\_ (matr. \_\_\_\_\_)  
le informazioni