
Nota informativa:

Test da sforzo (test ergometrico)

Il test da sforzo (test ergometrico) ha lo scopo di valutare lo stato di funzionalità del cuore in relazione soprattutto alla tolleranza allo sforzo fisico, e di impostare le eventuali terapie, oppure gli ulteriori accertamenti, di cui si ravvisasse l'opportunità per la salute del paziente.

Il test consiste nel pedalare su una cyclette dedicata per un periodo variabile da qualche minuto a circa mezz'ora (la durata dipende dalle condizioni generali del paziente e dal suo grado di allenamento). Durante l'esercizio, gli elettrodi posizionati sul paziente e collegati all'apparecchio rilevano una serie di parametri che serviranno al medico per il referto.

Il paziente deve fermarsi (avvisando il personale) al verificarsi di una delle seguenti situazioni:

- propria volontà di interrompere la prova
- comparsa di sintomi quali dolore toracico, palpitazioni, affanno, vertigini
- indicazione del medico del raggiungimento dei dati necessari per la refertazione

Il test da sforzo presenta taluni rischi in quanto sollecita in modo importante l'apparato cardiorespiratorio; tra gli eventi avversi che potrebbero verificarsi, vi sono una serie di sintomi che vanno dal semplice dolore toracico fino ad un eventuale arresto cardiaco ed al rischio di morte. Tale complicazione è rarissima (i dati riportati in letteratura parlano di meno di un caso ogni 10.000 esami). Proprio per evitare e/o limitare al massimo gli eventi avversi, il test è condotto in costante presenza del cardiologo e di un infermiere esperto in manovre di rianimazione cardiopolmonare, che possono avvalersi dei presidi necessari per fronteggiare l'emergenza.

I rischi connessi con l'esame, comunque, sono contenuti in rapporto ai benefici che esso può dare, in quanto il test da sforzo rappresenta, ad oggi, un punto di riferimento basilare e non invasivo per conoscere lo stato della funzionalità del cuore.

Firma del paziente _____

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO E CONSAPEVOLE
PER TEST DA SFORZO**

Io sottoscritt _____ nat _____ il _____

dichiaro con la presente che:

- Mi è stato suggerito di sottopormi a test da sforzo, metodica alla cui applicazione io acconsento in base a quello che mi è stato illustrato, relativamente ai rischi, agli effetti e alle conseguenze, anche negative, che ne possono derivare, come spiegato nella nota informativa (vedi retro).
- Ho potuto porre al Medico dott. _____ le domande che ritenevo opportune e ho da questi ricevuto risposte chiare e comprensibili.
- Sono consapevole che posso anche cambiare idea, e rifiutare di sottopormi al test, revocando per iscritto il consenso, ed accettando le conseguenze che da tale decisione possono derivare, per esempio la mancata diagnosi di una patologia, con eventuale possibile peggioramento del mio stato di salute, e/o ritardo di un adeguato trattamento.

Porcia, _____

Firma del Paziente (o del Tutore)

Firma del Medico
