

 Casa di Cura Villa Pini d'Abruzzo	<b>CASA DI CURA VILLA PINI D'ABRUZZO</b>	<b>M-AMB-12</b>
	<b>CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DEL TEST ERGOSPIROMETRICO</b>	
		Rev. n. <b>1</b>
		Ultima Rev.: 27/08/2018
		Pag. 1 di 2

<b>1</b>	<b>COS'E' IL TEST ERGOSPIROMETRICO</b>
----------	--

Gentile Utente,

il test ergospirometrico valuta l'eventuale presenza di una patologia a carico dell'apparato cardiorespiratorio.

L'esame consiste nel compiere uno sforzo pedalando su una cyclette o correndo su un tapis roulant, il cui carico di lavoro viene aumentato progressivamente secondo un protocollo standardizzato, fino al raggiungimento di quella tra le seguenti condizioni che si verifichi per prima:

- completamento del test fino al carico di lavoro prefissato;
- comparsa di esaurimento muscolare;
- comparsa di un qualsiasi sintomo soggettivo o di una qualsiasi risposta anomala o chiaramente patologica durante lo sforzo.

<b>2</b>	<b>PREPARAZIONE</b>
----------	---------------------

La terapia farmacologica abituale va assunta normalmente con acqua; in alcuni casi il Medico richiedente l'esame può indicarne la sospensione o la riduzione (in genere per i farmaci beta-bloccati) stabilendo con quale modalità.

Per l'esecuzione dell'esame è opportuno assumere una colazione leggera o un pasto anticipato di almeno 1-2 ore rispetto all'orario stabilito in modo tale che l'esercizio fisico non interferisca con la digestione. Non è indicato eseguire l'esame a digiuno perché l'esercizio comporta un dispendio di energie che può essere causa di infaticabilità e calo di zuccheri. Evitare di fumare o bere analcolici nelle 2-3 ore precedenti l'esame.

Durante l'esame, si raccomanda di indossare abiti comodi (es. tuta, pantaloncini) e scarpe basse, meglio se da ginnastica. Per le donne è indicato un reggiseno comodo che sarà mantenuto durante l'esame; sono invece sconsigliate le gonne e vietati tacchi e body.

<b>3</b>	<b>MODALITA' DI ESECUZIONE</b>
----------	--------------------------------

Il test viene eseguito in presenza di un Medico cardiologo al fine di garantire la valutazione in continuo delle funzioni respiratoria e cardiaca durante l'esercizio fisico.

Nel corso dell'esame saranno monitorati in continuo i parametri ventilatori/metabolici (consumo di ossigeno e di anidride carbonica) mediante maschera facciale, l'elettrocardiogramma completo (12 canali) e la pressione arteriosa, con lo scopo di rilevare il limite fra sforzo aerobico e sforzo anaerobico (soglia lattacica o anaerobica massimale) ed ogni eventuale problema a carico dell'apparato cardiorespiratorio.

Verrà posta la massima cura nel cercare di ridurre al minimo ogni disturbo o rischio.

Potrà chiedere di interrompere il test in qualsiasi momento.

<b>4</b>	<b>COMPLICAZIONI</b>
----------	----------------------

I principali rischi potenziali che il test potrebbe comportare comprendono: astenia, vertigini transitorie, lipotimie, dolore toracico, crampi agli arti inferiori, cardiopalmo, crisi anginosa. **È necessario informare immediatamente il personale medico o infermieristico in caso di comparsa di questi disturbi.** Presso gli ambulatori della Casa di Cura sono disponibili apparecchiature di emergenza e personale addestrato per garantire interventi terapeutici di emergenza.

## ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Nato/a il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_

Avendo compreso compiutamente la presente informativa e le spiegazioni fornite dal Medico, avendo avuto il tempo necessario per decidere, considerando che tutte le domande poste hanno avuto risposta soddisfacente

**ACCONSENTO**                       **NON ACCONSENTO**

liberamente ad essere sottoposto all'atto sanitario prescrittomi.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL MEDICO** che ha fornito le spiegazioni e registrato il consenso \_\_\_\_\_

### DA FIRMARE IN CASO DI PAZIENTE MINORENNE

Firma del padre \_\_\_\_\_ . Firma della madre \_\_\_\_\_

Firma del tutore \_\_\_\_\_ .

Data \_\_\_\_\_

### DA FIRMARE IN CASO DI PAZIENTE INTERDETTO O SOTTOPOSTO AD UNA AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO

Firma del tutore / amministratore di sostegno \_\_\_\_\_ .

Data \_\_\_\_\_

### PAZIENTE CON IMPEDIMENTO MATERIALE ALLA FIRMA

Nome e Cognome del 1° testimone \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Documento \_\_\_\_\_

Nome e Cognome del 2° testimone \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Documento \_\_\_\_\_

### REVOCA DEL CONSENSO

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ **REVOCO** il consenso all'atto sanitario su indicato.

Data \_\_\_\_\_ Firma del paziente \_\_\_\_\_ **FIRMA DEL MEDICO** \_\_\_\_\_

*\*\* Il CONSENSO INFORMATO del paziente deve necessariamente essere stampato su un unico foglio fronte / retro.*