

 Casa di Cura Villa Pini d'Abruzzo	<b>CASA DI CURA VILLA PINI D'ABRUZZO</b>	<b>M-AMB-01</b>
	<b>CONSENSO INFORMATO</b>	
	<b>ALL'ESECUZIONE DEL TEST ERGOMETRICO</b>	
		Rev. n. <b>4</b>
		Ultima Rev.: 13/11/2019
		Pag. 1 di 2

## 1 | COS'E' IL TEST ERGOMETRICO

Gentile Utente, il test ergometrico consiste nella registrazione dell'elettrocardiogramma e nella misurazione della pressione arteriosa durante l'esecuzione di uno sforzo fisico.

Viene generalmente utilizzato:

- per indagare l'origine di un dolore toracico in modo da stabilire se il sintomo sia da riferire ad una patologia coronarica o altro;
- per valutare periodicamente l'efficacia terapeutica nei pazienti sottoposti ad intervento di by-pass aorto-coronarico o impianto di stent coronarici;
- per valutare l'efficacia terapeutica nei pazienti ipertesi che presentano anche altri fattori di rischio cardiovascolari o che vogliono svolgere un'attività fisica regolare e/o intensa;
- nei pazienti che necessitano di riabilitazione cardiologica per la quale sia necessario stabilire un piano di lavoro e valutarne l'efficacia al termine del percorso;
- negli sportivi per accertare l'idoneità alla pratica agonistica.

La metodica non è invasiva ed è relativamente sicura, con un rischio di complicanze molto basso, tipico di tutte le prove da sforzo (incidenza mortalità dello 0.02% - 0.05%).

Come per molti altri esami, il test ergometrico non sempre consente di porre diagnosi certa di malattia o di escluderla totalmente; tuttavia, datane la semplicità e la non invasività, rimane la prima valutazione proposta a scopo diagnostico.

## 2 | PREPARAZIONE

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 affaticabilità e calo di zuccheri.

Evitare di fumare o bere alcolici 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.

## 3 | MODALITA' DI ESECUZIONE

Il Test verrà condotto facendoLa pedalare su un cicloergometro che produrrà un aumento costante della resistenza opposta dai pedali, oppure su pedana mobile con incremento progressivo della pendenza e della velocità di scorrimento del nastro. L'obiettivo è di aumentare progressivamente nel tempo il "lavoro" del cuore, secondo un protocollo specifico scelto dal Medico in base alle Sue condizioni cliniche. Nella regione anteriore del torace Le verranno applicati degli elettrodi (se necessario, la zona verrà precedentemente depilata e detersa) collegati con cavi che permetteranno la registrazione continua dell'elettrocardiogramma (ECG) di superficie a 12 derivazioni. Sul braccio Le sarà applicato un manicotto per la rilevazione della pressione ad intervalli stabiliti.

Effettuata la suddetta preparazione, dovrà accomodarsi sull'attrezzo e potrà eseguire l'esercizio fisico a carichi crescenti di lavoro in tempi definiti. La durata dell'esercizio varia secondo il Suo grado di resistenza, fino al raggiungimento della frequenza massima prevista per l'età oppure fino all'eventuale comparsa di segni o sintomi. L'esame può essere interrotto dal Medico sulla base dei parametri rilevati o su Sua richiesta. Il Medico e l'Infermiere saranno costantemente presenti: **è necessario informarli immediatamente in caso di comparsa di disturbi** (es. dolore toracico, fatica di respiro, capogiri, senso di svenimento, debolezza eccessiva, crampi alle gambe). Segnali anche quando sente di non riuscire più a proseguire, ma non interrompa autonomamente l'esercizio.

Al termine dell'esercizio, tutti i parametri continueranno ad essere rilevati per alcuni minuti (fase di recupero): segua le indicazioni che Le verranno date segnalando qualsiasi sintomo.

Dopo aver eseguito il test, indipendentemente dal suo risultato, è opportuno che Lei si trattienga per 15-20 minuti nella sala d'aspetto dell'ambulatorio, al fine di prevenire eventuali inconvenienti che dovessero manifestarsi.

#### **4 | COMPLICAZIONI**

I rischi legati al test ergometrico sono modesti, ulteriormente ridotti dalla presenza costante di personale sanitario addestrato. In alcuni casi, il dolore toracico e/o le modificazioni elettrocardiografiche possono essere il segno di un'ischemia miocardica che richiede l'interruzione dell'esame e solo raramente il ricorso a farmaci specifici. A volte si può verificare una marcata riduzione della pressione arteriosa con sintomi quali sudorazione, stanchezza e offuscamento della vista: il test sarà interrotto ed il paziente verrà adagiato su un lettino con le gambe sollevate per ottenere un rapido ritorno alla normalità dei valori pressori. In alcuni casi, infine, possono comparire aritmie cardiache pericolose per la vita che richiedono l'interruzione dell'esercizio e, se necessario, il ricorso a farmaci antiaritmici. I farmaci che eventualmente verranno somministrati per affrontare tali complicanze saranno riportati sul referto dell'esame.

### **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** \_\_\_\_\_