

**CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DEL TEST DA SFORZO CARDIOPOLMONARE A COMPLETAMENTO
DEL PERCORSO INFORMATO A CUI SONO STATO SOTTOPOSTO**

Cognome e Nome _____

Data di nascita _____

Io sottoscritto/a,

dichiaro di aver letto le note informative specifiche inerenti all'esame unitamente alle norme di preparazione e di essere stato **informato in modo comprensibile e soddisfacente** in previsione dell' accertamento diagnostico sopra indicato.

Sono stato informato che le moderne procedure diagnostiche sono sicure, ma comprendo che, come per tutte le discipline mediche, non sono esenti da un certo **rischio**, pur se effettuate con perizia, prudenza e diligenza.

Ho ben compreso come lo **scopo** della procedura sia l'elaborazione di una diagnosi per i disturbi di cui soffro. Confermo inoltre di avere avuto la possibilità di fare domande sul trattamento propostomi e che il medico si è reso disponibile per eventuali ulteriori chiarimenti; di essere stato informato della possibilità di revocare il mio consenso qualora non voglia più proseguire l'accertamento. Intendo dunque, liberamente e coscientemente, sottopormi all'esame, avendo ricevuto le informazioni necessarie per valutarne l'opportunità.

Il medico cardiologo mi ha esplicitamente spiegato la **metodica** cui verrò sottoposto, ben chiarito i **vantaggi** che possono derivare da quanto mi verrà praticato e, prima di sottopormi all'esame sono stato informato:

- delle specifiche modalità di esecuzione del test: l'esame consiste in uno sforzo fisico praticato su cyclette; l'elettrocardiogramma viene registrato continuamente; la pressione arteriosa viene misurata ad intervalli; durante l'esercizio vengono campionati e registrati i gas espiratori grazie al posizionamento sul volto di una mascherina o di un boccaglio; la prova viene interrotta su decisione del medico, a meno che io non sia così affaticato/a da proseguirla.
- dei disturbi che potrebbero insorgere durante il test - dolore anginoso, difficoltà nella respirazione, palpitazioni, ecc. - e della necessità di avvertire subito il medico e/o l'infermiera non appena tali disturbi dovessero manifestarsi.
- dei rischi che il test presenta (anche se condotto con competenza e secondo le più moderne conoscenze mediche).

Sono inoltre stato/a informato/a che la NON ESECUZIONE del test implica:

- un incompleto percorso clinico e diagnostico.
- difficoltà nella formulazione della diagnosi relativa ai disturbi da me accusati.
- impossibilità a stabilire una corretta terapia.

Sono a conoscenza del fatto che:

- il medico - dopo aver esaminato le mie condizioni e/o la documentazione clinica a me relativa - può decidere che il test debba essere rinviato o sospeso.
- sono sempre e prontamente disponibili le apparecchiature ed i farmaci necessari ed il personale medico ed infermieristico addestrato a fronteggiare qualsiasi urgenza ed emergenza.

Ho letto e compreso quanto è sopra riportato e ho ottenuto risposta ad eventuali mie richieste di chiarimento e, recepita l'informazione ricevuta, con la presente dichiarazione, da valere come manifestazione libera ed non condizionata della mia volontà, io sottoscritto dichiaro di avere ricevuto e compreso le informazioni sopra elencate sinteticamente ed esposte nel informativa integrata al presente consenso, e

ACCONSENTO all'esecuzione del Test da sforzo Cardiopolmonare

NON ACCONSENTO all'esecuzione del Test da sforzo Cardiopolmonare

Data: _____ Firma del paziente _____

Da firmare a cura del medico che ha raccolto il consenso per l'esecuzione di esame con
O cicloergometro

Data: _____ Firma e Timbro del Medico _____

In caso di minore

Firma genitori - madre (1)

Firma genitori - padre (1)

Firma del legale rappresentante

(1) In caso di assenza di uno dei genitori, il genitore presente dichiara, sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false, che l'altro genitore informato preventivamente acconsente e non può firmare il consenso per: incapacità naturale potestà genitoriale sospesa lontananza/impedimento dichiarata sentenza di interdizione potestà genitoriale decaduta

Letto, confermato e sottoscritto,

Saronno, _____ Il/la dichiarante (firma per esteso leggibile) _____

BIANALISI S.p.A.

Sede Legale: Via San Rocco 42/44 – 20851 Lissone (MB)

Cod. Fisc. 02235840150 - P. IVA 00731780961 - REA MB – 757881 - Cap. Soc. € 70.000,00

PEC: bianalisi@pec.eleusi.it

Sede Operativa: Via Vincenzo Alliata 1 - 21047 Saronno (VA)

Tel. 02-962821 - Email: posta.meditel@bianalisi.it - Sito Web www.meditel-group.it

Struttura Accreditata Regione Lombardia N. 1427 Direttore Sanitario: Dr. Pasquale Cannatelli  Regione Lombardia