

4.2 CONSENSO INFORMATO PER PROVA DA SFORZO-MEDICINA DELLO SPORT

C.M.P.

CENTRO MEDICO POLISPECIALISTICO

NOTA INFORMATIVA PER IL PAZIENTE E RELATIVO CONSENSO

1. SCOPI E PROCEDURE DELLA PROVA DA SFORZO

Lei effettuerà una prova da sforzo su di una bicicletta da camera (cicloergometro). L'intensità dello sforzo, inizialmente lieve, verrà fatta aumentare progressivamente in funzione del suo livello di allenamento. La prova verrà interrotta se compariranno disturbi quali affaticamento, difficoltà respiratorie o dolori al torace, oppure quando il medico lo riterrà opportuno. Si ricordi che, se accusasse disturbi, lei può decidere di fermarsi in qualsiasi momento.

2. POSSIBILI DISAGI E RISCHI

Durante la prova da sforzo potrebbero manifestarsi eventi sfavorevoli, come un'alterazione della pressione arteriosa o del ritmo cardiaco, uno svenimento oppure, sebbene raramente, un attacco cardiaco, attraverso la valutazione preliminare del suo stato di salute ed una vigile osservazione durante la prova, in ogni caso la struttura è attrezzata e preparata per affrontare qualsiasi emergenza.

3. RESPONSABILITA' DEL SOGGETTO

Tutte le informazioni che lei potrà fornirci sul suo stato di salute saranno utili per garantire la sua sicurezza durante la prova. Pertanto, è necessario che lei ci descriva accuratamente la sua storia medica, i disturbi cardiaci di cui soffre o ha sofferto e tutte le medicine che ha recentemente assunto o sta assumendo. Inoltre, è necessario che lei riferisca prontamente la comparsa di qualsiasi disturbo durante la prova da sforzo.

4. BENEFICI DELLA PROVA DA SFORZO

I risultati della prova da sforzo alla quale si sottopone saranno utili per formulare una diagnosi (cioè, per chiarire la causa dei suoi disturbi), per valutare gli effetti dei medicinali che sta assumendo o per stabilire quale tipo di attività fisica lei possa effettuare senza esporsi a rischi eccessivi.

5. DUBBI E RICHIESTE

Qualsiasi domanda da parte sua riguardo le procedure ed i risultati della prova da sforzo è benvenuta. La invitiamo a comunicarci ogni sua preoccupazione o dubbio al riguardo.

6. USO DEI DATI PERSONALI

Le informazioni che verranno raccolte durante la prova da sforzo saranno considerate confidenziali e trattate in forma riservata. Esse non verranno comunicate ad alcuna persona senza il suo consenso, eccetto che al medico curante po alle autorità sanitarie, quando previsto. Tali informazioni potranno inoltre essere impiegate a scopi statistici, garantendone l'anonimato.

CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto, ho letto questo modulo e ho compreso le procedure, i disagi ed i rischi connessi con la prova da sforzo. Nel corso del colloquio con il personale sanitario, ho avuto la possibilità di porre domande per chiarire ogni mio dubbio ed ho ricevuto risposte chiare ed esaurienti. Comprendo di essere libero di interrompere la prova in qualsiasi momento, se lo vorrò. Pertanto, acconsento volontariamente a sottopormi ad una prova da sforzo, per valutare la mia capacità di esercizio fisico ed il mio stato di salute cardiovascolare.

Data, _____

Firma del paziente _____