

## **VALUTAZIONE CLINICA DEL GRADO DI TOLLERANZA ALLO SFORZO FISICO TEST ERGOMETRICO AL CICLOERGOMETRO O TAPPETO ROTANTE**

*Lo scopo del test ergometrico è quello di valutare la risposta cardiovascolare allo stress in soggetti con cardiopatia accertata o sospetta e di accertare la performance in ambito sportivo, lavorativo o per finalità assicurative*

### Quali apparecchiature verranno utilizzate?

Il test da sforzo comporta l'esecuzione di una prova fisica al cicloergometro e al tappeto rotante mentre il Vostro corpo è monitorato da più strumenti. Questi sono: un elettrocardiografo (ECG) e un apparecchio per la misurazione della pressione arteriosa.

L'elettrocardiografo registra l'attività elettrica del cuore durante lo sforzo attraverso gli elettrodi applicati sul torace e sul dorso mentre con lo sfigmomanometro verrà monitorata la pressione arteriosa.

### Come si svolge il test?

Durante il test, che può essere eseguito al cicloergometro o al tappeto rotante, il medico produrrà degli incrementi gradualmente dello sforzo, personalizzati sulle Vostre capacità di esercizio, che potranno susseguirsi ogni 2 o 3 minuti, mentre monitorerà i cambiamenti dell'elettrocardiogramma e della pressione arteriosa, nonché l'eventuale mancanza di respiro o l'insorgenza di dolore al petto.

L'aumento graduale del carico avverrà fino:

- al raggiungimento del carico prefissato
- all'esaurimento muscolare
- alla comparsa di qualsiasi risposta anomala o chiaramente patologica.

Il test potrà essere interrotto in qualsiasi momento lei lo desideri.

### Quali disturbi possono comparire durante l'esame?

Durante l'indagine potrebbe avvertire uno o più dei disturbi minori sotto elencati:

- palpitazioni
- formicolii al viso ed agli arti superiori,
- sensazione di battito cardiaco progressivamente più veloce ed intenso
- mal di testa
- senso di vertigine
- respirazione difficoltosa
- dolore – oppressione al torace, collo, braccia
- malessere vago
- nausea, vomito,
- senso di calore.

E' molto importante che Lei avverta tempestivamente il personale medico ed infermieristico non appena si dovessero manifestare questi disturbi, con particolare riguardo a respirazione difficoltosa, dolore toracico, senso di svenimento.

### Quali sono i principali rischi?

Anche se il test viene condotto con diligenza e secondo le più moderne conoscenze mediche esistono dei rischi insiti nell'indagine. In letteratura è stato segnalato che in rari casi (0,0001%) il test da sforzo ha provocato effetti collaterali gravi:

- aritmie ventricolari - fibrillazione e tachicardia
- ventricolare- < 5/1.000
- infarto miocardico acuto < 5/10.000
- morte < 1/10.000

Complicanze minori sono: altre aritmie, ipotensione post-sforzo, crisi ipertensiva.

Le ricordiamo comunque che il personale è addestrato per fronteggiare le emergenze/urgenze e che sono prontamente disponibili le apparecchiature necessarie al trattamento di eventuali complicanze che dovessero insorgere.

### Quanto dura il test?

Solitamente il test da sforzo dura da 6 a 10 minuti, comunque il medico vi seguirà molto da vicino e fermerà il test se penserà che non è più sicuro per voi.

### Cosa potrebbero significare i risultati del test per me?

Il test ergometrico viene eseguito allo scopo di definire la natura dei disturbi cardiaci accusati, stabilire il successivo iter diagnostico e terapeutico o controllare l'efficacia della terapia farmacologica in atto.

Il test viene eseguito anche per stabilire l'idoneità alla pratica sportiva, lavorativa o per finalità assicurative.

Se verranno rilevati segni di malattia delle coronarie, il medico potrà proporvi degli approfondimenti diagnostici ulteriori o un cambiamento di terapia. Se il vostro test invece è stato negativo (nessun cambiamento nell'ECG, normale comportamento della pressione arteriosa) è verosimile che il vostro rischio di avere una malattia coronarica sia molto basso.

## **CONSENSO INFORMATO PER LA PROVA DA SFORZO (TEST ERGOMETRICO) AL CICLOERGOMETRO/TAPPETO ROTANTE**

**Dati identificativi del paziente:** **Cognome e Nome Nato a in data**

Prima di sottopormi alla procedura, ho avuto un colloquio con il medico, il quale mi ha illustrato le specifiche modalità di esecuzione della prova. Sono stato perciò messo al corrente che l'esame consta di uno sforzo fisico praticato su un cicloergometro o su tappeto rotante, che lo sforzo verrà protratto fino al raggiungimento di specifici criteri elettrocardiografici e/o clinici a meno che io non sia particolarmente affaticato, per cui la prova verrà interrotta, che durante la stessa verrà registrato continuamente l'elettrocardiogramma e verrà misurata la pressione arteriosa ad intervalli.

Sono altresì messo al corrente:

- dei disturbi che eventualmente potranno insorgere durante l'indagine (dolore al petto, difficoltà nella respirazione, palpitazione, senso di mancamento);
- della necessità di avvertire tempestivamente il personale medico non appena tali sintomi dovessero manifestarsi;
- dei rischi insiti nell'indagine, pure se prescritta e condotta secondo arte e secondo le più moderne conoscenze mediche;
- del diritto a ritirare il mio consenso in qualsiasi momento senza alcuna spiegazione;

Sono stato infine informato che LA NON ESECUZIONE DELL'INDAGINE IMPLICA:

- a) un'incompletezza dell'iter clinico e diagnostico e di conseguenza una carente formulazione della diagnosi finale;
- b) l'inizio o la prosecuzione della terapia in termini empirici, ovvero l'impossibilità di stabilire una corretta terapia con tutto ciò che ne deriva in termini di prognosi.

Prima dell'esecuzione dell'indagine sono stato esaminato/il minore è stato esaminato dal medico il quale ha accertato che non sussistono condizioni per cui la prova debba essere rinviata o sospesa.

Le apparecchiature necessarie e il personale addestrato per fronteggiare qualsiasi urgenza/emergenza saranno prontamente disponibili.

Ho letto e compreso quanto sopra ed ho ottenuto risposta ad ogni mia richiesta o chiarimento.

Sono a conoscenza della possibilità di revocare il seguente consenso in qualsiasi momento prima dell'atto sanitario.

**Recepite le informazioni ricevute [ ] ACCONSENTO [ ] NON ACCONSENTO  
all'effettuazione dell'atto sanitario su indicato**

Data .....

Firma dell'atleta .....

Timbro e firma del medico .....

### DA FIRMARE IN CASO DI PAZIENTE MINORENNE:

Genitore: Cognome e nome: \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Tutore: Cognome e nome: \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

---

### **REVOCA DEL CONSENSO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**REVOCA Il consenso all'effettuazione dell'atto sanitario su indicato**

Data .....

Firma del paziente / genitore o tutore nei caso di minore .....

Timbro e firma del medico .....