

VALUTAZIONE CLINICA DEL GRADO DI TOLLERANZA ALLO SFORZO FISICO (CICLOERGOMETRO/TAPPETO ROTANTE)

Se c'è il dubbio che abbiate una malattia coronarica o se vi è già stata diagnosticata, un test da sforzo permetterà al vostro Medico di stimare la presenza e la severità delle ostruzioni di queste arterie.

Così, se avete avuto un intervento di angioplastica o di by-pass Aorto-Coronarico, un test da sforzo consentirà di monitorare il successo della procedura e decidere per un appropriato programma di riabilitazione per voi.

Che apparecchiature sono usate? Avrò dolore?

Il test da sforzo comporta un semplice esercizio (su un cicloergometro/tappeto rotante), mentre il vostro corpo è monitorato da più strumenti. Questi sono: un elettrocardiografo (ECG), un apparecchio per misurare la pressione arteriosa.

L'ECG registra l'attività elettrica del cuore dalle informazioni che riceve dagli elettrodi che vengono applicati sul vostro torace e sul dorso; il contatto con la vostra pelle è indolore.

L'apparecchio per misurare la PA serve per mantenere costantemente sotto controllo la vostra pressione arteriosa: è lo stesso che il vostro dottore usa nel suo ambulatorio e anch'esso non provoca dolore.

Come si svolge il test? Cosa può essere "troppo" per me?

Durante il test il medico produrrà degli incrementi graduali dello sforzo, personalizzati sulle vostre capacità di esercizio, che potranno susseguirsi ogni 2 o 3 minuti, mentre controllerà molto da vicino le prestazioni del vostro cuore attraverso gli strumenti di cui si è già detto.

Durante il test il medico attraverso i cambiamenti dell'elettrocardiogramma e della pressione arteriosa, nonché dell'eventuale mancanza di respiro, o di dolore al petto valuterà quelli che possono essere i segnali che manda un'ostruzione coronarica.

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?

Se verranno rilevati segni di malattia delle coronarie, il vostro 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.

Il test da sforzo ha una buona sensibilità, cioè è capace di rilevare la malattia coronarica, quando presente, in circa il 90% dei casi.

Se volete ulteriori spiegazioni potete discuterne con il vostro medico più a lungo. Certamente la diagnosi di malattia delle coronarie verrà formulata solo sui risultati del test.

MODULO PER IL CONSENSO INFORMATO PER LA PROVA DA SFORZO 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;
- delle eventuali alternative diagnostiche;
- 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.

Allo scopo di:

1. Accertare lo stato del sistema cardiovascolare;
2. Definire la natura dei disturbi cardiaci accusati;
3. Decidere sull'ulteriore iter clinico e terapeutico grazie alle specifiche cognizioni che derivano da questa indagine.

**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