

## Informativa al Paziente per l'esecuzione di ECG sotto sforzo

### Dichiarazione di consenso informato

#### SCHEDA DEL PAZIENTE

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Luogo e Data di Nascita \_\_\_\_\_

Motivo della Prestazione \_\_\_\_\_

#### INFORMAZIONI PER IL/LA PAZIENTE:

Gentile Signore/a,

l'esecuzione di un esame elettrocardiografo sottosforzo è necessaria a:

- 1) definire la natura dei disturbi cardiaci da Lei accusati;
- 2) accertare lo stato del sistema cardiovascolare;
- 3) decidere sull'ulteriore iter clinico e terapeutico, grazie alle specifiche cognizioni che derivano da questa indagine.

Durante la prova ergometrica o farmacologia con dipiramolo, per il test da stress Le verrà registrato continuamente l'elettrocardiogramma e sarà misurata la pressione arteriosa ad intervalli regolari con l'assistenza di un cardiologo il quale si accerterà che non sussistano condizioni per cui la prova debba essere rinviata o sospesa.

Intendiamo metterLa al corrente:

- 1) dei rischi insiti nell'indagine, pure se prescritta e condotta secondo arte e secondo le più moderne conoscenze mediche;
- 2) dei disturbi che eventualmente potranno insorgere durante l'indagine (dolore al petto, difficoltà nella respirazione, palpitazione, senso di mancamento);
- 3) del fatto che Lei dovrà semplicemente offrire la Sua collaborazione per la migliore riuscita della prova ed avvertire tempestivamente il personale medico ed infermieristico non appena tali sintomi dovessero verificarsi.

#### DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Dichiaro di aver letto e compreso quanto sopra riportato, di aver chiesto e ricevuto dal personale medico e paramedico tutte le informazioni di cui avevo bisogno in merito ai possibili rischi derivanti dall'esecuzione dell'esame.

Acconsento pertanto di essere sottoposto all'esame conscio del diritto di ritirare in ogni momento il mio consenso senza alcuna giustificazione.

DATA E FIRMA DEL PAZIENTE

DATA E FIRMA DEL MEDICO