

da rilasciare all'Utente

Nome e cognome del Paziente:.....

**a) diagnosi o sospetto diagnostico (al momento della proposta della prestazione):**

.....

**b) possibili varianti nell'esecuzione:**

interruzione dei test

**c) benefici attesi e scopo della prestazione proposta:**

i test consistono nell'indurre uno sforzo fisico (corsa o pedalata) in grado di provocare nel cuore e nelle coronarie un maggiore lavoro, immediatamente seguito, se richiesto (ecostress), da un esame ecografico del cuore

**d) rischi prevedibili legati alla non esecuzione della prestazione proposta:**

mancata diagnosi di malattia delle coronarie

**e) rischi prevedibili legati all'esecuzione (al momento della proposta) e possibili complicanze:**

durante l'esecuzione si possono manifestare dolore cardiaco (angina pectoris), palpitazioni, disturbi del respiro, calo della pressione arteriosa

**f) possibili problemi di recupero (es. conseguenze menomanti temporanee e permanenti, necessità di ausili, presidi, ...):**

nessuno.

**g) possibilità di alternative (esplicitare se l'unica alternativa è la non esecuzione della prestazione in oggetto):**

TAC coronarica e/o coronarografia

**h) Eventuali precisazioni dovute alle particolari condizioni cliniche:**

controindicazioni assolute all'esecuzione dei tests sono: infarto miocardio acuto, angina instabile, pericardite, miocardite, ipertensione arteriosa grave, aritmie ventricolari gravi, stenosi aortica grave, scompenso cardiocircolatorio.

Devono, inoltre, essere comunicate al Medico malattie pregresse, interventi chirurgici, ricoveri ospedalieri, allergie e/o intolleranze, terapie farmacologiche già assunte in precedenza e attualmente, per meglio inquadrare lo stato di salute.

Io sottoscritto/a ..... documento di riconoscimento ..... | | | | | | | | | |

data ....../...../..... ora ..... durante il colloquio con il

Dott./Prof. .... sono stato/a informato/a in merito alla proposta di essere sottoposto/a a:

TEST DA SFORZO ED ECOSTRESS

Mi sono state fornite Le spiegazioni su elencate ai punti a) b) c) d) e) f) g) h) e avendo compreso quanto spiegato, decido liberamente e consapevolmente di:

**Acconsentire**  ad essere sottoposto/a alla prestazione sopra descritta, tenuto conto anche delle conseguenze menomanti prevedibili, temporanee o permanenti, derivanti dall'esecuzione della prestazione proposta, così come descritte nell'Informativa.

Dichiaro di aver ricevuto e letto copia dell'Informativa scritta specifica.

Sono consapevole che è mio diritto richiedere ulteriori spiegazioni in ogni momento.

Sono anche consapevole che posso revocare le mie decisioni qui espresse sino al momento dell'esecuzione della prestazione.

**Firma del/della Paziente (o chi ne fa le veci)** .....Nome e Cognome di *chi ne fa le veci* .....**Firma del Testimone** .....

(Persona presente al colloquio)

**Timbro e Firma del Medico** .....Consenso ottenuto con l'ausilio di un interprete  SI  NO**Firma dell'Interprete** .....

da Archiviare in Sede

Nome e cognome del Paziente:.....

**a) diagnosi o sospetto diagnostico (al momento della proposta della prestazione):**

.....

**b) possibili varianti nell'esecuzione:**

interruzione dei test

**c) benefici attesi e scopo della prestazione proposta:**

i test consistono nell'indurre uno sforzo fisico (corsa o pedalata) in grado di provocare nel cuore e nelle coronarie un maggiore lavoro, immediatamente seguito, se richiesto (ecostress), da un esame ecografico del cuore

**d) rischi prevedibili legati alla non esecuzione della prestazione proposta:**

mancata diagnosi di malattia delle coronarie

**e) rischi prevedibili legati all'esecuzione (al momento della proposta) e possibili complicanze:**

durante l'esecuzione si possono manifestare dolore cardiaco (angina pectoris), palpitazioni, disturbi del respiro, calo della pressione arteriosa

**f) possibili problemi di recupero (es. conseguenze menomanti temporanee e permanenti, necessità di ausili, presidi, ...):**

nessuno.

**g) possibilità di alternative (esplicitare se l'unica alternativa è la non esecuzione della prestazione in oggetto):**

TAC coronarica e/o coronarografia

**h) Eventuali precisazioni dovute alle particolari condizioni cliniche:**

controindicazioni assolute all'esecuzione dei tests sono: infarto miocardio acuto, angina instabile, pericardite, miocardite, ipertensione arteriosa grave, aritmie ventricolari gravi, stenosi aortica grave, scompenso cardiocircolatorio.

Devono, inoltre, essere comunicate al Medico malattie pregresse, interventi chirurgici, ricoveri ospedalieri, allergie e/o intolleranze, terapie farmacologiche già assunte in precedenza e attualmente, per meglio inquadrare lo stato di salute.

Io sottoscritto/a ..... documento di riconoscimento ..... | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

data .../.../..... ora ..... durante il colloquio con il

Dott./Prof. .... sono stato/a informato/a in merito alla proposta di essere sottoposto/a a:

TEST DA SFORZO ED ECOSTRESS

Mi sono state fornite Le spiegazioni su elencate ai punti a) b) c) d) e) f) g) h) e avendo compreso quanto spiegato, decido liberamente e consapevolmente di:

**Acconsentire**  ad essere sottoposto/a alla prestazione sopra descritta, tenuto conto anche delle conseguenze menomanti prevedibili, temporanee o permanenti, derivanti dall'esecuzione della prestazione proposta, così come descritte nell'Informativa.

Dichiaro di aver ricevuto e letto copia dell'Informativa scritta specifica.

Sono consapevole che è mio diritto richiedere ulteriori spiegazioni in ogni momento.

Sono anche consapevole che posso revocare le mie decisioni qui espresse sino al momento dell'esecuzione della prestazione.

**Firma del/della Paziente** (o chi ne fa le veci) .....

Nome e Cognome di chi ne fa le veci .....

**Firma del Testimone** .....

(Persona presente al colloquio)

**Timbro e Firma del Medico** .....Consenso ottenuto con l'ausilio di un interprete  SI  NO**Firma dell'Interprete** .....