CASA DI CURA PRIVATA ERNESTO MONTANARI	**CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DEL TEST ERGOMETRICO (PROVA DA SFORZO AL CICLOERGOMETRO O TAPPETO ROTANTE)**	M01 I013/02 Rev 1

Il/la sottoscritto/a ……
allo scopo di accertare lo stato del sistema cardiovascolare e/o definire la natura dei disturbi cardiaci da me accusati, acconsento volontariamente ad essere sottoposto a test da sforzo.
Prima di sottopormi alla procedura sono stato informato dal medico sulle specifiche modalità di esecuzione della prova: sono stato perciò messo al corrente che:

- L'esame consta di uno sforzo fisico praticato su una cyclette o un tappeto rotante,
- 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,
- Durante la stessa verrà registrato continuamente l'elettrocardiogramma e verrà misurata la pressione arteriosa ad intervalli.

Sono stato altresì messo al corrente:

- Dei disturbi che eventualmente potranno insorgere durante l'indagine (dolore al petto, difficoltà nella respirazione, palpitazioni, senso di mancamento);
- Della necessità di avvertire tempestivamente il personale medico ed infermieristico non appena tali sintomi dovessero manifestarsi;
- Dei rischi insiti nell'indagine, pur 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.

Prima dell'esecuzione dell'indagine sono stato esaminato dal medico che 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.
Nel rispetto della privacy, i miei dati personali saranno utilizzati solo per quanto attiene alla mia salute secondo quanto previsto dalla legge 675/1996.
Ho letto e compreso quanto sopra ed ho ottenuto risposta ad ogni mia richiesta o chiarimento.

Data	Firma del medico	Firma del paziente
----------	----------	----------

Paziente:

Nome …… Cognome ……

Luogo e data di nascita: ……