

TEST ERGOMETRICO MASSIMALE

SCHEDA INFORMATIVA

- A. TIPO DI TRATTAMENTO PROPOSTO:** Test Ergometrico Massimale al cicloergometro o pedana mobile.
- B. SCOPO DEL TRATTAMENTO, BENEFICI PREVISTI E POSSIBILITA' DI SUCCESSO:**
Esame per il rilascio dal certificato di idoneità alla pratica sportiva agonistica (DM 18.02.1982) richiesto dal medico in base all'età, storia familiare e personale dell'utente.
- C. RISCHI E INCONVENIENTI RAGIONEVOLMENTE PREVEDIBILI PER IL PAZIENTE:**
- ✓ Marcata riduzione della pressione arteriosa che si accompagna a sintomi quali sudorazione e offuscamento della vista.
 - ✓ Ischemia cardiaca, che si potrebbe manifestare con la comparsa di dolore toracico o potrebbe essere rilevata dal medico all'elettrocardiogramma.
 - ✓ In rari casi possono comparire aritmie pericolose per la vita.
 - ✓ Possibile comparsa di alterazione del tracciato ECG valutabile dopo lo sforzo
- Sono prontamente disponibili apparecchiature idonee e personale esperto per fronteggiare tali evenienze.
- E' fondamentale informare immediatamente il personale medico ed infermieristico in caso di comparsa di disturbi durante l'indagine: dolore al petto, difficoltà nella respirazione, debolezza, senso di vertigine, malessere generale, palpitazioni, senso di mancamento.
- D. DESCRIZIONE DEL TRATTAMENTO E/O ALTERNATIVE POSSIBILI:** L'utente verrà sottoposto ad elettrocardiogramma a riposo dal quale si potrebbe evidenziare la presenza di alterazioni che possono controindicare il prosieguo dell'esame. Successivamente verrà sottoposto ad un test a carichi crescenti, fino all'esaurimento fisico, la durata e l'intensità del carico è personalizzata per ciascun atleta. Durante la prova verrà registrato continuamente l'elettrocardiogramma e rilevata la pressione arteriosa. Il test sarà seguito da un periodo di defaticamento. Il test potrà essere interrotto su giudizio del medico, quando si saranno ottenute sufficienti informazioni o in caso di comparsa di sintomi e segni tali da consigliare la sospensione, ma anche in qualsiasi momento l'utente lo desideri.
- E. CIRCOSTANZE CHE IMPORREBBERO UN AMPLIAMENTO DEL TRATTAMENTO PREVISTO PER ESTENSIONE DELLA PATOLOGIA:** Il riscontro di alterazioni dell'ECG dopo lo sforzo richiede un approfondimento diagnostico: ecocardiogramma, test ergometrico massimale, Holter e successivamente potrebbero essere necessari Risonanza Magnetica e/o TAC Coronarica, in alcuni casi possono essere necessari anche test invasivi quali, studio elettrofisiologico, coronaro ventricolografia, etc.
- F. CONSEGUENZE DELLA MANCATA ESECUZIONE DELL'ESAME:** Mancato rilascio del certificato di idoneità sportiva agonistica.
- G. COMPORAMENTI A CUI IL PAZIENTE DOVRA' ATTENERSI PRIMA, DURANTE E DOPO L'ESECUZIONE DELL'ESAME:** Il giorno dell'esame assumere una colazione/pasto leggero 2-3 ore prima della prova, indossare pantaloncini, maglietta, scarpe da ginnastica e portare asciugamano e bottiglietta d'acqua. Non compiere sforzi muscolari nelle ore precedenti alla prova. Portare eventuali accertamenti eseguiti in precedenza.
- Durante o dopo il test potrebbero comparire eventuali disturbi quali dolore al petto, difficoltà respiratorie, debolezza, vertigini, malessere generale, palpitazioni, senso di mancamento. In questi casi è necessario avvertire tempestivamente il personale medico e infermieristico.
- H. DOTAZIONI E ATTREZZATURE PRESENTI IN STRUTTURA:** Nell'ambulatorio sono presenti i presidi sanitari necessari a fronteggiare le complicanze che possono insorgere durante la prova e il personale è addestrato ad affrontarle.
- I. EVENTUALI ANNOTAZIONI AGGIUNTIVE DEL MEDICO RELATIVE AL COLLOQUIO INFORMATIVO**
-
-

TEST ERGOMETRICO MASSIMALE

CONSENSO INFORMATO

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

Cognome.....Nome.....

nato/a.....il.....residente a via

Atto Sanitario proposto: **test ergometrico massimale**

L'informativa relativa all'atto sanitario proposto (allegata) è stata somministrata del Dott/ssa

Il sottoscritto in qualità di :

assistito madre padre amministratore di sostegno tutore

DICHIARA

- di essere stato informato esaurientemente informato e di aver compreso il significato di quanto è stato illustrato in relazione all'indagine proposta
- che prima di esprimere il consenso all'accertamento diagnostico ha avuto il tempo necessario per decidere
- che tutte le domande poste hanno avuto una risposta soddisfacente
- di essere a conoscenza della possibilità di revocare il seguente consenso in qualsiasi momento

Pertanto recepisce l'informazione ricevuta

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

all'effettuazione dell'atto sanitario sopra indicato.

Data _____

Firma del paziente

Firma del medico

Firma del tutore/ curatore/ amministratore di sostegno va allegata la documentazione che indica i poteri del legale rappresentante

Firma del testimone in caso di impedimento fisico a firmare, analfabetismo, non conoscenza della lingua italiana

REVOCA DEL CONSENSO

Il sottoscritto Cognome.....Nome.....

in qualità di :

assistito madre padre amministratore di sostegno tutore

DICHIARA

di voler revocare il consenso precedentemente espresso

Data _____

Firma del dichiarante

Firma del medico