

**INFORMATIVA**

Gentile Paziente,

in base al suo quadro clinico è stata posta indicazione all' esecuzione di **TEST da SFORZO**.**A COSA SERVE E IN COSA CONSISTE ?**

Spesso per poter meglio valutare lo stato del muscolo cardiaco e/o delle coronarie o per controllare l'efficacia di una terapia, dobbiamo mettere sotto "stress" il nostro cuore ed osservare quali modificazioni si verificano in tali circostanze.

Le verrà chiesto di pedalare su un cicloergometro (cyclette). Le verrà applicato un bracciale per controllare la pressione arteriosa e degli elettrodi che consentono di registrare l'elettrocardiogramma in modo continuo.

Il test da sforzo verrà condotto con carichi crescenti da lavoro secondo protocolli stabiliti dalle linee guida internazionali. Lo sforzo fisico, attraverso l'aumento della contrazione del cuore, della pressione arteriosa e della frequenza cardiaca, determina un significativo incremento del fabbisogno di ossigeno da parte del muscolo cardiaco. Pertanto questa indagine permette di:

- Porre diagnosi di ischemia inducibile da sforzo (nei soggetti con dolore toracico sospetto tipiche modificazioni del tracciato elettrocardiografico);
- Misurare la capacità di adattamento allo sforzo;
- Effettuare valutazione preoperatoria;
- Valutare l'eventuale compromissione funzionale del cuore;
- Valutare il paziente dopo interventi di rivascolarizzazione coronarica;
- Valutare l'efficacia della terapia anti-ischemica e/o anti-ipertensiva in atto.

PRIMA DELL'ESAME

- È necessario essere a digiuno (non mangiare) da almeno 4 ore. Si possono invece assumere bevande calde o acqua senza restrizioni.
- Occorre indossare abiti comodi, scarpe comode e calze di lunghezza non superiore al ginocchio.
- Occorre riportare con sé la copia o l'originale della documentazione clinica relativa al problema che deve essere chiarito (cartella clinica, ECG, prove da sforzo, coronarografia ecc).

COSA ACCADE SE DECIDE DI NON SOTTOPORSI ALLA PROCEDURA?

La non esecuzione dell'esame implica:

- Una incompletezza nell'iter diagnostico e una contestuale carente formulazione della diagnosi finale;
- L'impossibilità di stabilire una corretta terapia, con tutto ciò che ne deriva per la Sua salute in termini di prognosi.

Non sempre tuttavia il test consente di porre diagnosi di malattia coronarica o di escluderla. Nel caso in cui il risultato del test non dovesse essere conclusivo, potranno venire proposte altre indagini (ecostress, scintigrafia miocardica o, in casi selezionati, TC coronarica).

CI SONO TERAPIE CHE DEVE MODIFICARE O SOSPENDERE PRIMA DELLA PROCEDURA CONSIGLIATA?

L'eventuale sospensione di alcuni farmaci, prima dell'esecuzione del test, viene decisa dal Medico che richiede l'esame e non dall'esecutore, secondo modalità diverse a seconda del farmaco sospeso. Inoltre se il paziente è iperteso, il Medico richiedente dovrà stabilire una eventuale temporanea terapia sostitutiva dei farmaci sospesi in modo da garantire valori pressori non troppo elevati il giorno dell'esame.

In linea di massima si segnala che, qualora il Medico richiedente abbia deciso di sospendere parte della terapia in corso, la sospensione dovrebbe avvenire con le seguenti modalità:

- 48 ore prima dell'esame stop dei nitroderivati e/o Calcio antagonisti
- 5 giorni prima dell'esame avviare una graduale sospensione dei beta bloccanti con stop 72 ore prima dell'esame

QUALI POSSONO ESSERE I RISCHI E LE COMPLICANZE?La procedura, ancorché effettuata secondo *leges artis*, comporta una incomprimibile, piccola, percentuale di disturbi e complicanze, in particolare:

- Disturbi che eventualmente potrebbero insorgere durante l'indagine (dolore al petto, difficoltà a respirare, palpitazioni, formicolii al volto e agli arti superiori, senso di mancamento, vertigine);
- Rischi insiti nell'indagine, pure se prescritta e condotta secondo arte e secondo le più moderne conoscenze mediche: insorgenza di infarto miocardico acuto, aritmie gravi (con una frequenza inferiore a 3/10.000), arresto cardiaco, decesso (con una frequenza inferiore a 1 /10.000) E' altresì importante sapere che l'esecuzione del test è sempre condotta in presenza di apparecchiature e farmaci destinati al pronto soccorso prontamente disponibili e a personale medico e infermieristico esperto ed addestrato a fronteggiare qualsiasi emergenza/urgenza.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Nelson N, Asplund CA. Exercise Testing: Who, When, and Why? PM R. 2016 Mar;8(3 Suppl):S16-232019
- ESC Guidelines on the diagnosis and management of chronic coronary syndromes - <https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines>
- ANMCO Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri - www.anmco.it

Data della restituzione..... **Timbro e firma del medico**.....Io sottoscritto (nome e cognome) **dichiaro di aver letto e compreso il contenuto della presente informativa sanitaria, già verbalmente spiegata dal medico e relativa all'atto sanitario consigliatomi.**

Firma.....



DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

Cognome

Nome

Data di nascita

Lingua parlata: Italiano: SÌ NO Altro:

INDAGINE RICHIESTA:

Spazio etichetta

CONSENSO INFORMATO

Nome Cognome Paziente:

Data di nascita: Luogo di nascita:

Nazionalità Italiana Altro: Lingua parlata, se non italiano:

e/o

 Rappresentante Legale: Amministratore di Sostegno: Tutore/curatore:

Nome e Cognome:

Data di nascita: Luogo di nascita:

(come da provvedimento del Giudice Tutelare allegato) Genitori:

Padre - Nome Cognome: Data di nascita:

Madre - Nome Cognome: Data di nascita:

Presenza d'interprete/mediatore culturale: NO SI Nome Cognome:Io sottoscritto/a, in qualità di: Paziente Rappresentante legale Genitore/iConsapevole delle necessità di essere sottoposto/sottoporre il paziente all'atto sanitario (**procedura diagnostica/terapeutica**), *(specificare sito anatomico e lato di effettuazione)* di:Dichiaro di essere stato/a informato/a dal Dr/Dr.ssa.....
in modo comprensibile, esaustivo ed adeguato, attraverso colloquio e materiale informativo consegnatomi, in merito a:

L'atto sanitario sopra indicato, consigliato per la cura e/o migliorare la prognosi, i relativi rischi e vantaggi, le eventuali conseguenze temporanee o permanenti e la modalità di effettuazione;

La possibilità di dover modificare o ampliare l'intervento, così come già programmato e autorizzato, di fronte a situazioni impreviste e al momento difficilmente prevedibili. Inoltre dichiaro di avere letto e capito le informazioni di seguito esplicitate, relative a:

- La mia patologia *(quale è la patologia che richiede gli accertamenti diagnostici o gli atti terapeutici)*:

- Le mie condizioni cliniche o fisiologiche che possono influire sugli esiti o determinare complicazioni o rappresentare fattori di rischio aggiuntivi *(patologie, allergie, terapie farmacologiche, gravidanza, ecc.)*:

- Il trattamento sanitario propostomi e le sue indicazioni, la modalità di effettuazione, il tipo di anestesia e la necessità di eventuali ulteriori trattamenti *(per complessità dell'intervento, per possibili recidive)*;

- I benefici conseguibili e la loro probabilità di raggiungimento;

- I rischi e le complicanze prevedibili, comprese quelle infettive e loro probabilità di verificarsi;

- Le alternative possibili, a sostanziale parità di efficacia, i loro rischi e le ragioni che motivano l'atto sanitario proposto;

**INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO
TEST DA SFORZO**

- Le eventuali terapie da effettuare prima dell'intervento medico o chirurgico consigliato;
- Le prevedibili conseguenze del rifiuto del trattamento proposto.

Preso atto della situazione illustrata: Confermo di aver compreso le informazioni ricevute

Chiedo ulteriori spiegazioni riguardo a:

Io sottoscritto/a dichiaro di avere avuto risposte esaurienti ai quesiti e chiarimenti avanzati spontaneamente e di essere pienamente cosciente, consapevole e libero/a nelle scelte che attengono alla mia persona/al mio assistito

Pertanto **accetto** **rifiuto**, con scelta attuale e spontanea, l'atto sanitario propostomi

Dichiaro di essere a conoscenza della possibilità di REVOCARE (**) il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'intervento.

La presente firma conferma che il consenso o il rifiuto all'atto proposto è espresso dal sottoscritto/a e che il presente modulo è conforme all'andamento del colloquio/dei colloqui avuti con il/i medico/i e con l'informativa ricevuta.

Firma dell'interessato: **Data:**

(Nel caso di minore, firme dei genitori):

Firma, timbro o matricola del medico:

U.O:

Eventuale Interprete/Mediatore Culturale/Testimone:

Nome e Cognome: Firma:

Il paziente che ha espresso il proprio consenso è libero di rifiutare la prestazione in qualsiasi momento.

NOTA: ** In caso di revoca successiva del consenso

Data:

Firma dell'interessato *(Nel caso di minore, firme dei genitori):*

Firma, timbro o matricola del medico:

U.O:

Osservazioni: