

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO AL TEST DA SFORZO CARDIOPOLMONARE

Il/la sottoscritto/a:

nato/a: il:

SPAZIO PER EVENTUALE
ETICHETTA
IDENTIFICATIVA

dichiaro di essere stato/a informato/a in data dal dr.

DI ESSERE AFFETTO/A DA..... E CHE PER
IL TRATTAMENTO DELLA STESSA E' INDICATO EFFETTUARE IL TEST DA SFORZO
CARDIOPOLMONARE

Descrizione della patologia:

Prima di sottopormi alla procedura ho avuto un colloquio con il Medico che mi ha illustrato gli scopi e le modalità di esecuzione della procedura e gli eventuali effetti collaterali.

L'intervento verrà eseguito da uno o più dei seguenti medici: Dr Chiara Torregiani, Dr Caterina Antonaglia, Dr Marco Biolo, Dr Pietro Geri, Dr Annalisa Busca, Dr Alessandra Pagnin,
..... Il

Medico cui potrà fare riferimento è il Dott.:

Descrizione della procedura:

Il test cardiopolmonare è una procedura in grado di valutare le risposte dell'organismo ad uno stress controllato permettendo un'analisi integrata della ventilazione e dei gas espirati assieme a parametri cardiocircolatori. L'integrazione di questi dati permette una migliore comprensione dei meccanismi alla base della difficoltà respiratoria durante sforzo che è una delle indicazioni principali all'esecuzione del test da sforzo cardiopolmonare.

L'attrezzatura consiste in una cyclette (cicloergometro), un elettrocardiografo, un pneumotacografo (che serve a misurare la ventilazione polmonare) abbinato a un analizzatore di gas (ossigeno e anidride carbonica).

Il paziente è collegato a quest'apparecchiatura per mezzo di un boccaglio dotato di rilevatore del respiro, è invitato a compiere, pedalando, uno sforzo progressivo in cui la velocità e durata sono stabilite sulla base delle caratteristiche cliniche del caso. Il boccaglio trasmette, analizzando respiro per respiro, l'andamento del consumo di ossigeno e la produzione di anidride carbonica mentre l'apparecchiatura costruisce dei grafici che illustrano il metabolismo della persona.

Indicazioni e/o vantaggi della procedura:

Il test da sforzo cardiopolmonare consente di ottenere un quadro complessivo della condizione fisiologica del paziente, poiché analizza:

- Ventilazione polmonare
- Consumo di ossigeno
- Produzione di anidride carbonica
- Saturazione ossiemoglobinica
- Elettrocardiogramma
- Pressione arteriosa

I rischi più comuni di questa procedura sono:

Lo sforzo fisico di per se può scompensare quadri clinici di malattia cardiopolmonare. Tali complicazioni possono essere mortali in una percentuale molto ridotta di casi (circa uno ogni ventimila esami). Tali rischi sono tuttavia estremamente ridotti dall'osservazione costante del paziente mediante continua valutazione dei parametri vitali. Inoltre esistono dei criteri specifici di sospensione dell'esame in caso di comparsa di possibili complicanze.

Il Personale Sanitario e gli ambienti dove si svolgono le procedure sono preparati al trattamento immediato di tutte le possibili complicanze.

Gli esiti prevedibili del mancato trattamento sono:

- un'incompletezza nelle conoscenze degli effetti della malattia sul paziente
- una carente formulazione della diagnosi finale
- la prosecuzione della terapia in termini empirici ovvero l'impossibilità di stabilire una corretta terapia sulla base di risultati misurati mediante il test da sforzo

Mi è stato spiegato che le alternative a questa procedura sono:

Test del cammino (6MWT): il quale presenta dati rilevati nettamente inferiori al test da sforzo cardiopolmonare e non fornisce alcuna indicazione sul metabolismo del soggetto.

Test da sforzo tradizionale: ha le stesse controindicazioni e rischi del test da sforzo cardiopolmonare e non permette la valutazione della componente respiratoria/polmonare.

Ho richiesto le seguenti ulteriori informazioni relative all'intervento e le sue possibili complicanze:

1. DOMANDA:

RISPOSTA:

2. DOMANDA:

RISPOSTA:

Conscio della necessità, della finalità e dei rischi che questa procedura comporta e delle conseguenze di un eventuale rifiuto. Dichiaro altresì che le informazioni fornite sono state esaurienti e hanno chiarito tutti i miei dubbi in merito alla procedura.

AUTORIZZO **NON AUTORIZZO** di esservi sottoposto di mia volontà.

AUTORIZZO **NON AUTORIZZO** l'operatore all'esecuzione di eventuali procedure addizionali ritenute opportune dall'operatore durante l'intervento (es. ecografia, scopia con raggi X, radiografia del torace) nel solo interesse della mia salute e della migliore riuscita dell'intervento stesso.

Ritengo le risposte chiare ed esaurienti.

Firma del paziente*:

Firma del medico:

Data:

DA FIRMARE IN CASO DI PAZIENTE MINORENNE

Nome e cognome del padre:

Nome e cognome della madre:

Firma del padre:

Firma della madre:

Data:

Data:

INFORMAZIONE DATA AL PAZIENTE TRAMITE INTERPRETE

Nome e cognome dell'interprete (stampatello):

Firma dell'interprete: Documento: Data:

Nome e cognome del testimone (stampatello):

Firma del testimone: Documento: Data:

* la firma deve essere sempre apposta dal paziente, anche se minorenne