

ISTITUTO FISIOTERAPICO POLISPECIALISTICO Srl

Via Crociata, 38 Piove di Sacco (Pd)

Tel 049-9702129

P.IVA 02122160282

**CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DI
TEST DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO**

LA PROVA DA SFORZO AL CICLOERGOMETRO E' UN'INDAGINE CHE SERVE PER VALUTARE LO STATO DEL SISTEMA CARDIOVASCOLARE.

L'ESAME SI SVOLGE A TORACE NUDO SU BICICLETTA ERGONOMICA, CON GRADUALE AUMENTO DELLO SFORZO. DURANTE TUTTO L'ESAME VENGONO COSTANTEMENTE MONITORIZZATI ELETTROCARDIOGRAMMA E PRESSIONE ARTERIOSA.

IL TEST DA SFORZO E' UN ESAME COMUNEMENTE ESEGUITO; SI POSSONO VERIFICARE TUTTAVIA RARE COMPLICANZE: ECCESSIVE VARIAZIONI DELLA PRESSIONE ARTERIOSA, SVENIMENTO, ALTERAZIONI DEL RITMO CARDIACO FINO AD ARRESTO CARDIACO. NELLA STUTTURA SONO DISPONIBILI APPARECCHIATURE DI EMERGENZA, FARMACI E PERSONALE SPECIALIZZATO IN GRADO DI MINIMIZZARE I RISCHI.

AVVISARE SE DURANTE L'ESAME COMPAIONI DISTURBI, IN PARIICOLAR MODO:

- DIFFICOLTA' NELLA RESPIRAZIONE;
- DOLORE AL PETTO, ALLA MANDIBOLA E ALLE BRACCIA;
- PALPITAZIONI;
- SENSO DI MANCAMENTO;
- STANCHEZZA.

LETTA E COMPRESA LA DESCRIZIONE RIPORTATA SUL PRESENTE MODULO INFORMATIVO RELATIVA AGLI SCOPI, ALLA MODALITA' DI ESECUZIONE E ALLE POSSIBILI COMPLICANZE DI QUESTO ESAME, HO RICEVUTO CHIARIMENTI E RISPOSTE ESAURIENTI AD OGNI MIA DOMANDA.

IO SOTTOSCRITTO/A _____

GENITORE (o maggiorenne responsabile)DI : _____

NATO/A A: _____

IL: _____

A SEGUITO DELLE INFORMAZIONI RICEVUTE, ACCONSENTO VOLONTARIAMENTE AL TRATTAMENTO PROPOSTOMI E AD EVENTUALI MISURE TERAPEUTICHE CHE SI RENDESSERO NECESSARIE ED OPPORTUNE NEL CORSO O DOPO L'ESECUZIONE DELL'ESAME.

DATA: _____

FIRMA ATLETA
(o maggiore responsabile): _____

FIRMA MEDICO: _____

Dott. MORENO TORZONI
Specialista in Medicina dello Sport
e Radiodiagnostica
Ordine dei Medici AR n 1614
Fed. Medici Sportivi Italiani n. 12498