

	Ambulatori CONSENSO INFORMATO PER L'ESECUZIONE DEL TEST ERGOMETRICO	Mod. 0103	Pag. 1 di 1
		Parola chiave: <i>Test ergometrico</i>	
		Rev. 00	del 18/06/2025

PAZIENTE _____

NATO IL _____ **A** _____

Prima di sottopormi al test, ho avuto un colloquio con il mio Medico che mi ha illustrato lo scopo della prova.

Sono stato, inoltre, visitato da un Cardiologo che ha accertato che non sussistono condizioni per rinviare o sospendere la prova.

Il test sarà effettuato con l'uso di un cicloergometro con aumento graduale dello sforzo. Tale sforzo sarà aumentato gradualmente fino alla comparsa di affaticamento, affanno, dolori alle gambe o al petto, o fino a quando il Medico operatore non riterrà opportuno interromperlo.

Durante la prova il mio polso, la mia pressione ed il mio elettrocardiogramma saranno tenuti sotto controllo.

Nell'ambulatorio sono presenti personale, mezzi tecnici e farmaci adeguati alla più sicura esecuzione della prova.

Ho letto e compreso le caratteristiche dell'esame che eseguirò.

Autorizzo per tanto il medico a procedere con l'esecuzione dell'esame prescrittomi.

Data _____

Firma del Paziente o di chi ne fa le veci _____

Firma del Medico _____

REVOCA DEL CONSENSO RILASCIATO IN DATA _____ Firma del Paziente/Tutore Legale _____
