

**TEST DA SFORZO AL CICLOERGOMETRO**  
**SCHEDA INFORMATIVA PER IL CONSENSO ALL'ESAME**  
**Rev. 2 18/07/2019**

Lo scopo del test da sforzo al cicloergometro è quello di valutare la risposta cardiovascolare allo stress in soggetti con cardiopatia accertata o sospetta e di accertare la performance in ambito sportivo, lavorativo o per finalità assicurative. La prova da sforzo avverrà a mezzo di cicloergometro con incrementi graduali del carico fino:

- al raggiungimento del carico prefissato
- all'esaurimento muscolare
- alla comparsa di qualsiasi risposta anomala o chiaramente patologica.

Potrò chiedere di interrompere il test in qualsiasi momento. Durante la prova verrà misurata periodicamente la pressione arteriosa e verrà monitorato il tracciato elettrocardiografico. Verrà posta la massima cura nel ridurre al minimo ogni mio disturbo o rischio. Sono stato/a informato/a che l'esame potrebbe comportare la comparsa di effetti secondari come astenia, vertigini transitorie, dolore toracico, crampi alle gambe o cardiopalmo. Raramente, con una casistica di 2 – 3 episodi su 10.000, può verificarsi un infarto al miocardio o una morte improvvisa. A tale proposito sono stato/a informato/a che l'ambulatorio è equipaggiato per tali evenienze e che il personale è preparato ad affrontare eventuali emergenze.

Io paziente \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

**Oppure (per utenti minorenni)**

Io sottoscritto, \_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Documento d'identità \_\_\_\_\_

In qualità di  Esercente la potestà genitoriale  Tutore  Amministratore di sostegno  Legale rappresentante

AUTORIZZO  NON AUTORIZZO

L'esecuzione dell'esame "Test da Sforzo al Cicloergometro" secondo le modalità ritenute più opportune dal medico specialista.

Data: \_\_\_\_\_ Firma per il consenso all'esecuzione dell'esame: \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DEL MEDICO INCARICATO DELL'INFORMATIVA AL PAZIENTE.**

Io sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ confermo e attesto, in modo contestuale alla sottoscrizione della persona consenziente, che la stessa, a mio avviso, ha interamente compreso tutto quanto sopra esposto, punto per punto.

**FIRMA DEL MEDICO** \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

**REVOCA DEL CONSENSO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

REVOCA il consenso all'effettuazione dell'atto sanitario su indicato

Data \_\_\_\_\_  
Firma del paziente / genitore / tutore / amministratore di sostegno / legale rappresentante \_\_\_\_\_

Firma del medico responsabile \_\_\_\_\_

Revisione 2	Data: 18/07/2019	Approvato: DIR
-------------	------------------	----------------

**FRIULI CORAM S.r.l.**  
**Dir. San. Dott. Antonio Rampino**

**Istituzione Sanitaria Privata Accreditata:**  
**Diagnostica per Immagini, Medicina di Laboratorio,**  
**Cardiologia, Medicina dello Sport:**  
**Decreto 899/SPS del 19/06/2018**  
**Aut. San.: Ordinanza n. 23 del 22/12/2016**  
**e Ordinanza n. 24 del 01/06/2018 ASUIUD**

Via T. Ciconi, 10 (piano terra - 1° piano) 33100 Udine  
**tel. 0432 585211 fax 0432 585250**  
P.IVA, C.F., Iscr. Reg. Imp. 00268100302  
Cap. Soc. € 100.000,00 I.V.  
e-mail: info@coram.it

[www.friulicoram.it](http://www.friulicoram.it)



## **INFORMATIVA TEST DA SFORZO AL CICLOERGOMETRO**

### ***NOZIONI GENERALI***

Il test da sforzo al cicloergometro è una prova che serve ad evidenziare la risposta dell'apparato cardiocircolatorio allo sforzo ed eventuali suoi effetti. Durante lo sforzo si registra un aumento della frequenza cardiaca, della pressione arteriosa, del flusso sanguigno nelle arterie coronariche e del consumo di ossigeno da parte del cuore. Le modificazioni indotte dallo sforzo in condizioni di malattia determinano sintomi e segni di regola individuabili mediante le apparecchiature utilizzate durante la prova.

### ***SVOLGIMENTO DELL'ESAME***

Il paziente si posiziona sulla cyclette e pedala contro una resistenza fissa o progressivamente crescente. Il paziente è costantemente collegato ad un sistema di rilevazione delle funzioni vitali e dell'ECG. La prova viene interrotta alla comparsa dei sintomi quali: dolore al petto, alle gambe, affanno, affaticamento o quando il medico riterrà opportuno interromperla.

### ***INDICAZIONI AL TEST DA SFORZO***

Il test da sforzo viene eseguito sia nell'individuo sano che nel cardiopatico. Nel soggetto sano si esegue per valutare la capacità funzionale o come screening nei soggetti con elevati fattori di rischio coronario. L'ECG da sforzo è il test più indicato nella diagnosi e valutazione della cardiopatia ischemica. Nell'individuo cardiopatico il test da sforzo è invece indicato quando si vuole valutare la gravità della malattia coronaria, gli effetti della terapia medica, gli effetti del trattamento chirurgico, gli effetti della terapia riabilitativa.

### ***RISCHI POSSIBILI***

Tale esame non è esente da complicanze anche se eseguito con diligenza e prudenza. Durante la prova il paziente dovrà tempestivamente avvertire il medico della comparsa di dolore toracico, senso di vertigine, debolezza, malessere generale, poiché questi segni possono essere indicativi di un relativo stato di pericolo. Le complicanze che possono verificarsi, pur se raramente, possono essere pericolose per la vita. Sono comunque a disposizione apparecchiature idonee e personale addestrato ed esperto per affrontare tali situazioni. Va tenuto presente che anche gli sforzi durante le attività fisiche quotidiane possono comportare un analogo rischio per un cardiopatico.

### ***CONTROINDICAZIONI***

Controindicazioni assolute all'esecuzione del test da sforzo sono:

- Scompenso cardiaco in atto
- Infarto del miocardio in atto
- Miocardite/pericardite acuta
- Embolia polmonare o sistemica recente
- Aneurisma dissecante dell'aorta
- Malattie infettive acute
- Aritmie gravi non controllate dalla terapia
- Stenosi aortica severa.

### ***INFORMAZIONI SULLA PREPARAZIONE***

Il paziente deve presentarsi per la prova:

- Dopo almeno 3 ore di digiuno
- Munito di calzature comode (scarpe da ginnastica) e pantaloni da tuta o pigiama o pantaloncini corti
- Evitare il fumo di sigaretta e l'assunzione di sostanze eccitanti (caffè) almeno per 3 ore prima della prova.

Revisione 2	Data: 18/07/2019	Approvato: DIR
-------------	------------------	----------------

**FRIULI CORAM S.r.l.**  
Dir. San. Dott. Antonio Rampino

Istituzione Sanitaria Privata Accreditata:  
Diagnostica per Immagini, Medicina di Laboratorio,  
Cardiologia, Medicina dello Sport:  
Decreto 899/SPS del 19/06/2018  
Aut. San.: Ordinanza n. 23 del 22/12/2016  
e Ordinanza n. 24 del 01/06/2018 ASUIUD

Via T. Ciconi, 10 (piano terra - 1° piano) 33100 Udine  
tel. 0432 585211 fax 0432 585250  
P.IVA, C.F., Iscr. Reg. Imp. 00268100302  
Cap. Soc. € 100.000,00 I.V.  
e-mail: info@coram.it

[www.friulicoram.it](http://www.friulicoram.it)

