



DATA DI EMISSIONE	RESPONSABILE REDAZIONE	RESPONSABILE CONVALIDA	ORGANO DI APPROVAZIONE
15-01-2022	RESP. U.O. CARDIOLOGIA	RISK MANAGER	DIREZIONE SANITARIA

Del Sig./ra \_\_\_\_\_ Nato/a il: \_\_\_\_\_

Mi è stato proposto dal Dott: \_\_\_\_\_ Un esame **TEST DA SFORZO o TEST ERGOMETRICO**

## INFORMATIVA: Il Test da Sforzo (o Test Ergometrico)

### Cos'è il Test da Sforzo

Il Test da Sforzo (o Test Ergometrico) è un esame strumentale che consiste nella registrazione dell'elettrocardiogramma durante l'esecuzione di uno sforzo fisico: il test consente di esaminare la reazione dell'apparato cardiocircolatorio allo sforzo mediante il monitoraggio e la registrazione della frequenza cardiaca, della pressione arteriosa, oltre che dell'elettrocardiogramma. Il Test verrà condotto facendoLa pedalare su una **cyclette a freno elettromagnetico** (che produce un aumento costante della resistenza opposta dai pedali) o marciare **su un tappeto rotante** (che varia la velocità di scorrimento e l'inclinazione del piano). Entrambi gli strumenti sono regolati in modo da aumentare progressivamente nel tempo la richiesta di "lavoro" del cuore, secondo protocolli standardizzati scelti dal Medico in base alle caratteristiche cliniche del singolo Paziente. Obiettivo del Test è il raggiungimento della "frequenza cardiaca massimale" che è calcolata in base a età e peso, ma l'esame può essere interrotto dal Medico sulla base dei parametri rilevati, o su richiesta del Paziente per esaurimento muscolare.

### Durata del Test

L'esame dura circa 15 minuti ed è seguito da un periodo di defaticamento di 3-5 minuti. Il tutto La impegnerà circa 30 minuti.

Il test potrà essere interrotto:

- su giudizio del cardiologo quando si saranno ottenute sufficienti informazioni o in caso di comparsa di sintomi o segni tali da consigliarne la sospensione.
- In qualunque momento Lei lo desideri.

### Possibili effetti collaterali ed eventuali rischi

I rischi legati al test ergometrico sono in genere molto modesti. In alcuni casi può essere indotta ischemia cardiaca che può manifestarsi con il dolore toracico lamentato dal paziente o può essere rilevata dal medico tramite l'elettrocardiogramma. Solo raramente l'ischemia indotta richiede la somministrazione di farmaci. Talora si possono verificare variazioni della pressione arteriosa che si manifestano clinicamente con offuscamento della vista e sudorazione: in questo caso il test verrà interrotto ed il paziente si aiuterà a stendere sul lettino adiacente al cicloergometro, con le gambe sollevate. Si otterrà in questo modo un rapido ripristino dei valori abituali della pressione arteriosa.

Nell'ambulatorio di Cardiologia sono sempre disponibili i presidi necessari a fronteggiare queste evenienze e il Personale addestrato in grado di minimizzare i rischi derivanti dalla eventuale comparsa delle complicazioni descritte. In alcuni casi possono comparire aritmie cardiache, anche in forme pericolose per la vita. L'incidenza di tali complicanze è uguale a 3:10.000 e la mortalità 1:10.000. HEARTH 2004-90.

D'altra parte rinunciare all'esecuzione di un test da sforzo ci priva di informazioni importanti per formulare diagnosi corrette e/o instaurare trattamenti adeguati. Al termine del test, indipendentemente dal risultato, il paziente è invitato a trattenersi per 15-20 minuti nella sala di attesa, al fine di prevenire qualsiasi inconveniente nel periodo successivo alla conclusione del test.

**E' importante segnalare tempestivamente al personale medico ed infermieristico la comparsa di disturbi, soprattutto in caso di respirazione difficoltosa, dolore toracico, senso di svenimento**

## COMPRESIONE PER IL PAZIENTE

Mi è stata data l'opportunità di porre ogni domanda a riguardo delle procedure previste in questo studio ed i medici responsabili hanno fornito ogni spiegazione alle mie domande.

**Autorizzo** il dr. \_\_\_\_\_, medico responsabile, ed i suoi collaboratori designati all'attuazione delle procedure previste da questo protocollo.

**DO**  **NEGO** il mio consenso affinché il mio caso sia oggetto di utilizzo a fini scientifici.

Sono informato che questo Istituto mi fornirà ogni ragionevole supporto medico disponibile nel caso in cui dovessi riportare lesioni come conseguenza alla mia partecipazione allo studio.

Consapevolmente, quindi:

**Acconsento**  **Non Acconsento** al trattamento propostomi che verrà praticato dall'equipe di questa Unità;

Firma del Medico \_\_\_\_\_

Firma del/la Paziente \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_