



CONSENSO INFORMATO PROVA DA SFORZO

AMB CI 01

REV 1 DEL 22.05.24

CHE COS'E'

Il test ergometrico consiste nell'esecuzione di un elettrocardiogramma (ECG) a 12 derivazioni prima e durante uno sforzo fisico con carichi crescenti di lavoro su un cicloergometro o su tappeto rotante (quest'ultimo non disponibile nella nostra struttura).

Lo sforzo indotto provoca un crescente incremento della frequenza cardiaca e della pressione arteriosa, fattori responsabili del consumo di ossigeno.

In condizioni normali a tale aumento di fabbisogno corrisponde un analogo aumento di apporto di ossigeno attraverso una vasodilatazione coronarica. In pazienti affetti da malattia coronarica, invece, l'equilibrio tra il fabbisogno e l'apporto di ossigeno può rompersi a causa dell'incapacità del circolo coronarico di adeguarsi alle aumentate necessità metaboliche del cuore. Si evidenziano così sintomi e segni elettrocardiografici specifici che permettono di fare la diagnosi di ischemia.

A COSA SERVE

Rispetto all'ECG basale, cioè eseguito in condizioni normali, l'ECG da sforzo fornisce maggiori informazioni sullo stato di salute del cuore, in quanto ne aumenta il lavoro evidenziandone le eventuali patologie non riscontrabili in una situazione a riposo.

Questo esame costituisce l'indagine strumentale di base nella diagnostica della cardiopatia ischemica.

COME SI EFFETTUA

Il paziente, dopo essere stato trattato con lieve abrasione (sul torace o sulle spalle, nei punti dove verranno applicati gli elettrodi) o eventualmente depilato per permettere il miglior contatto fra elettrodo e cute, viene invitato ad assumere la posizione sul cicloergometro più consona alla sua corporatura al fine di ottimizzare la resa dell'esercizio. Dopo aver eseguito un ECG basale e la rilevazione della pressione arteriosa (costantemente controllata durante tutto il test) si dà inizio alla prova.

Durante l'esecuzione dell'esame l'intensità del lavoro muscolare imposto al paziente viene gradualmente aumentato agendo su un freno elettromagnetico o meccanico che permette di incrementare la resistenza dei pedali mentre il paziente ne mantiene costante la velocità di rotazione. Il test terminerà per esaurimento muscolare, ossia verrà interrotto quando il paziente avrà raggiunto la massima capacità di esercizio.

L'esame potrà essere altresì sospeso nel caso in cui si rilevino alterazioni abnormi della pressione arteriosa, della traccia elettrocardiografia o sintomi riferiti. Non bisogna mai interrompere bruscamente la pedalata, nel caso ci fosse necessità, occorre avvisare qualche istante prima il personale sanitario dell'incapacità di proseguimento.

Terminata la pedalata il paziente resterà monitorato qualche minuto sempre seduto sul cicloergometro, fino a completo recupero. In caso di mancamento, verrà fatta assumere, su una brandina (sempre posizionata accanto al cicloergometro), la posizione supina al paziente. Presso i nostri ambulatori sono presenti gli strumenti necessari per intervenire in qualsiasi momento in caso d'urgenza sul paziente. La prova ha una durata complessiva di circa 20 minuti.

COSA PUO' SUCCEDERE – EVENTUALI COMPLICANZE

La complicanza è un evento inatteso che può insorgere a seguito dell'esecuzione di una prova, indipendentemente da errori a carico dell'operatore.

Il rischio di insorgenza di complicanze è maggiore a seconda della gravità del quadro clinico del paziente sottoposto alla prova. Diverso sarà il rischio di un giovane sportivo sano rispetto ad un soggetto anziano, che esegue il test per saggiare gli effetti di una terapia farmacologica o non, per malattie quali la cardiopatia ischemica (infarto miocardio compreso) o le aritmie, ecc.

Le complicanze si dividono in:

CARDIACHE

- Ipotensione
- Edema/sub-edema polmonare
- Bradi e tachicartimie



CONSENSO INFORMATO PROVA DA SFORZO

AMB CI 01

REV 1 DEL 22.05.24

- Sindromi coronariche acute
- Scompenso cardiocircolatorio
- Stroke e sincope
- Morte

NON CARDIACHE

- Traumi muscolo scheletrico
- Danni dei tessuti molli

Possono persistere per poco tempo o per giorni: un'importante sensazione di fatica, vertigine, dolori al corpo, sensazione di malessere.

La percentuale di complicanze varia da laboratorio a laboratorio.

La percentuale di ogni evento fatale è mediamente dello 0,03%, quello dell'infarto miocardio acuto non fatale mediamente dello 0,09% (secondo i dati del AHA, American Heart Association).

PREPARAZIONE NECESSARIA - RACCOMANDAZIONI

Per poter eseguire l'esame in condizioni ottimali il paziente deve presentarsi a digiuno da almeno tre ore, con impegnativa del Medico di Base e con tutta la documentazione in suo possesso (ECG, ecocardiogrammi, visite ed esami del sangue). Si consiglia di indossare indumenti comodi e consoni alla pedalata.

Evitare di assumere thè o caffè il giorno dell'esame, durante il quale è assolutamente vietato fumare.

Non è prevista la sospensione di alcun trattamento farmacologico salvo altra prescrizione specifica da parte di chi ha richiesto il test.

CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DEL TEST DA SFORZO – TEST ERGOMETRICO

(L.219/2017 – Determina Regione Lazio G00642 del 25.01.2022)

Io sottoscritto/a
(Nome e Cognome)

Nato/a a

Il

(gg/mm/aaaa)

Documento d'identità
(Specificare tipo di documento)

n.

del

In qualità di:

☐ Diretto interessato

☐ Rappresentante legale del/la sig./ra:

DICHIARO

- di essere stata/o esaurientemente informata/o sulla procedura alla quale sarò sottoposta/o e da me richiesta; eventuali alternative, benefici attesi e possibili rischi ed effetti collaterali.
- di essere stata/o informata/o che la procedura proposta è quella che offre il miglior rapporto rischio/beneficio sulla base delle conoscenze attuali.
- di essere stata/o adeguatamente informata/o dal Medico sulle possibili controindicazioni e sono, pertanto, consapevole della necessità di dichiarare eventuali patologie, condizioni o terapie farmacologiche che mi riguardano. Non fornendo informazioni veritiere riguardo la mia storia clinica vada incontro a possibili complicanze e/o effetti collaterali.
- di essere stata/o adeguatamente informata/o sulle misure di sicurezza da seguire prima, durante e dopo il trattamento.
- di essere stata/o informata/o sugli obiettivi della procedura.
- di aver rispettato le indicazioni relative l'esame.
- di essere stata/o informata/o della possibilità che l'indagine, una volta avviata, possa essere interrotta a mia richiesta, senza pregiudicare l'attività assistenziale, ma senza ottenere l'informazione ricercata con questo esame.
- che tutte le nozioni mi sono state esaurientemente illustrate dal Medico e da me completamente comprese, e che ho anche ricevuto e letto una dettagliata informazione in merito a tale procedura e avuto risposte chiare ed esaurienti a tutte le mie domande.

	CONSENSO INFORMATO PROVA DA SFORZO	AMB CI 01
		REV 1 DEL 22.05.24

PERTANTO

<input type="checkbox"/> ACCONSENTO	<input type="checkbox"/> NON ACCONSENTO
--	--

ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME TEST DA SFORZO – TEST ERGOMETRICO

Nome e Cognome Paziente	Nome e Cognome Medico
Firma Paziente	Firma Medico

(*) Per Pazienti minori firma del Genitore/Tutore/Rappresentante legale