

INFORMAZIONI E CONSENSO INFORMATO
TEST ERGOMETRICO

Che cos'è:

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 un cicloergometro a freno elettromagnetico (che produce un aumento costante della resistenza opposta dai pedali). Lo strumento è regolato in modo da aumentare progressivamente nel tempo la richiesta del lavoro del cuore, secondo protocolli standardizzati scelti dal Medico dello Sport in base alle caratteristiche cliniche del singolo paziente.

L'obiettivo del test è il raggiungimento della frequenza cardiaca massimale, che è calcolata in base all'età e al peso del paziente.

È importante che il paziente riferisca qualsiasi sintomo, dalla comparsa di affaticamento a sintomi come dolore toracico, mancanza di respiro, dolore alle gambe, capogiri, senso di svenimento o di debolezza eccessiva. In qualunque momento, qualora il Medico lo ritenga opportuno in base alle modifiche dell'elettrocardiogramma, l'esame potrà essere interrotto.

Può essere eseguito:

- a scopo **diagnostico**, al fine di confermare o escludere il sospetto di cardiopatia ischemica, malattie coronariche;
- a scopo **valutativo**, per valutare l'efficacia della terapia farmacologica in corso o per pianificare adeguatamente un programma di riabilitazione cardiologica;
- a scopo **preventivo**, al fine di rilasciare o meno l'idoneità alla pratica sportiva **AGONISTICA**.

Preparazione per l'esame:

Il giorno dell'esame il paziente dovrà presentarsi almeno 10' prima in abito comodo (abbigliamento sportivo) e comunque a digiuno da due ore, evitando di fumare e assumere sostanze alcoliche in tale arco temporale. È indispensabile portare eventuale documentazione cardiologica precedente (es. Ecocardio, Hotler h24).

Modalità di esecuzione:

Il test ergometrico massimale consiste in una prova da sforzo al cicloergometro condotta attraverso step con carichi crescenti, fino all'esaurimento (incapacità del soggetto di proseguire il test) o su giudizio del medico esecutore, fino all'ottenimento di informazioni sufficienti all'interpretazione del test. Allo sforzo segue una fase di defaticamento. Durante il test e il successivo recupero, il soggetto viene sottoposto a monitoraggio elettrocardiografico continuo e la pressione arteriosa viene rilevata a intervalli regolari.

Il test prevede il posizionamento di 10 elettrodi (per favorire l'adesione degli elettrodi alla cute, potrà rendersi necessaria la depilazione dell'area interessata). Generalmente il test ergometrico dura circa 15 minuti, ma la durata è influenzata dalla resistenza del soggetto e/o dalla comparsa di effetti collaterali.

Possibili rischi e complicanze:

La prova può essere seguita da lievi disturbi transitori (malessere, debolezza, crampi alle gambe, dolore toracico) e in rari casi può indurre eventi cardiovascolari (aritmie ipercinetiche, ischemie coronariche, arresto cardiaco) anche gravi e fatali (secondo la letteratura scientifica l'incidenza della mortalità legata all'esecuzione del test è di circa 1:10000 casi). È fondamentale, in caso di comparsa di disturbi durante tale prova, informare tempestivamente il personale presente, che provvederà a interrompere immediatamente il test e a mettere in atto gli opportuni accorgimenti.

Poliambulatorio Salese srl

Tel. 041 8628298
www.poliambulatoriosalese.it
info@poliambulatoriosalese.it
P. Iva 04613980277

Direttore Sanitario

Dott. Schiavon Davide
Spec. in Ortopedia e
Traumatologia

Dove Siamo

Via Cavin di Sala, 30
Santa Maria di Sala
(Venezia) – 30036

POLIAMBULATORIO
SALESE

Io sottoscritto/a _____, nato/a a _____, il _____
residente a _____ (____), in via _____, Nr. _____

in qualità di:

- Diretto interessato all'atto medico
 Tutore di _____
 Esercente la potestà sul minore _____

DICHIARO

- di aver letto e compreso quanto riportato nella suindicata nota informativa e di essere a conoscenza dei possibili rischi e complicanze del test ergometrico massimale;
- di aver ricevuto informazioni comprensibili e ottenuto chiarimenti e risposte esaurienti da parte del Medico dello Sport ad ogni mia domanda;
- di aver correttamente informato il Medico dello Sport delle mie condizioni salute, delle eventuali malattie pregresse, interventi chirurgici, ricoveri ospedalieri, allergie e/o intolleranze, terapie farmacologica (assunte in precedenza o attualmente);
- di non aver posto in essere comportamenti tali da rendere pericoloso tale esame, quali, ad esempio, l'assunzione di sostanze farmacologiche in grado di falsare la normale risposta fisiologica allo stress;
- di essere a conoscenza che, dinanzi ad impreviste complicanze o emergenze, potrebbe rendersi necessario modificare la procedura concordata o eseguire trattamenti diretti a fronteggiare tali evenienze; se in queste circostanze non fosse possibile interpellarmi, autorizzo sin d'ora ogni trattamento giudicato essere utile e necessario;

PERTANTO A SEGUITO DELLE INFORMAZIONI RICEVUTE

- ACCONSENTO** (in questo caso **sarà possibile** procedere all'esame)
 NON ACCONSENTO (in questo caso **non sarà possibile** procedere all'esame)

di essere sottoposto/a al test ergometrico massimale.

Santa Maria di Sala, li _____

Firma e timbro del medico

Firma leggibile del dichiarante
(o genitore se minorenne)

PER LE DONNE

Gentile Sig.ra è importante che prima dell'indagine Lei segnali uno stato di gravidanza in atto, sospetta o anche solo possibile, affinché il medico che Le ha prescritto l'esame o lo specialista che dovrebbe eseguirlo possano preventivamente valutare assieme a Lei l'entità oggettiva del rischio, la necessità/urgenza di eseguire l'esame e l'eventuale ipotesi di rischio. La sua firma "per presa visione" indica che ha bene compreso tutte le informazioni e che **acconsente** all'espletamento dell'esame.

Santa Maria di Sala, li _____

Firma leggibile del dichiarante
(o genitore se minorenne)

Poliambulatorio Salese srl

Direttore Sanitario

Dove Siamo

Tel. 041 8628298
www.poliambulatoriosalese.it
info@poliambulatoriosalese.it
P. Iva 04613980277

Dott. Schiavon Davide
Spec. in Ortopedia e
Traumatologia

Via Cavin di Sala, 30
Santa Maria di Sala
(Venezia) – 30036