

CONSENSO PER IL TEST ERGOMETRICO MASSIMALE

Io sottoscritto/-a _____, nato/nata il ____/____/____
acconsento a sottopormi volontariamente a una prova da sforzo allo scopo di valutare lo stato di salute, la capacità fisica e/o il metabolismo energetico.

Prima dell'esame sarò intervistato da un medico che verificherà che la mia condizione clinica non ne controindichi l'esecuzione.

La prova da sforzo sarà condotta su bicicletta ergometrica o su tappeto rotante e comporterà l'aumento dello sforzo, a gradini per il test cardiologico / all'acido lattico, o in forma di rampa per l'ergospirometria.

Io mi fermerò quando avvertirò stanchezza, vertigini, difficoltà di respiro o dolore toracico o quando mi sarà ordinato dal medico che seguirà l'esecuzione dell'esame.

Esiste la possibilità di disordini (aritmie, dispnea, calo della pressione arteriosa, attacco cardiaco, svenimento ...) durante la prova da sforzo. In questo caso so che sono disponibili apparecchiature di emergenza e personale specializzato in grado di minimizzare i rischi.

Dichiaro di aver riferito problemi di salute, che potrebbero comportare rischi di malessere e complicanze sotto sforzo fisico, e di aver letto e capito questo scritto e quanto mi ha spiegato il medico.

Vipiteno, li ____ / ____ / _____

firma del/la paziente

firma del medico