



Poliambulatorio Medico Specialistico

ATTO DI CONSENSO INFORMATO

Allo scopo di accertare lo stato di salute del sistema cardiovascolare grazie alle specifiche cognizioni che derivano da questa indagine, io sottoscritto _____

acconsento volontariamente a essere sottoposto al test da sforzo fisico praticato su una cyclette, che lo sforzo verrà protratto fino al raggiungimento di specifici criteri elettrocardiografici e/o clinici a meno che io non sia particolarmente affaticato per cui la prova verrà interrotta.

Sono altresì al corrente che durante l'esecuzione potrebbero insorgere disturbi quale dolore al petto, difficoltà della respirazione, palpitazioni, senso di mancamento; della necessità di avvertire tempestivamente il personale medico infermieristico non appena tali sintomi potessero manifestarsi; dei rischi insiti nell'esame anche se condotto correttamente (scatenamento di aritmie, ischemie, miocardie, sincope) del diritto di ritirare il mio consenso in qualsiasi momento.

Ho letto e compreso quanto sopra e ho avuto modo di chiarire ogni dubbio.

Data _____

Firma _____