

## **NOTA INFORMATIVA SUL TEST ERGOMETRICO (PROVA DA SFORZO)**

Il test da sforzo in medicina dello sport è una prova standardizzata di lavoro muscolare, prevista tra gli accertamenti per l'idoneità sportiva.

L'ambulatorio dedicato a questo test consente di eseguire prove con monitoraggio continuo dell'ECG tramite pedana per step test o cicloergometro (tipo e modalità del test vengono scelti dal medico sportivo in base all'età ed alla storia familiare e personale del paziente).

### **MODALITA' DI PREPARAZIONE AL TEST**

Prima di effettuare il test è importante seguire le seguenti norme comportamentali:

1. non mangiare immediatamente prima della prova (è concesso solo un piccolo spuntino 2-3 ore prima);
2. non fumare da almeno 2 ore prima dell'inizio della prova;
3. non compiere sforzi muscolari di una certa importanza nelle ore precedenti la prova;
4. presentarsi muniti di pantaloncini, maglietta, scarpe da ginnastica, asciugamani;
5. portare eventuali elettrocardiogrammi e/o accertamenti cardiologici eseguiti in precedenza.

### **IN COSA CONSISTE IL TEST?**

Il test ergometrico consiste in una prova da sforzo mediante una pedana per step test o un cicloergometro. Lo **step test** – che si applica fino ai 35 anni di età – consiste nel salire e scendere un gradino di altezza appropriata per tre minuti. Prima e dopo il test viene effettuato un elettrocardiogramma (ECG).

Dopo i 35 anni generalmente si effettua il **test al cicloergometro** (cyclette), una prova da sforzo massimale (cioè protratta fino all'esaurimento muscolare), applicando carichi di lavoro progressivamente crescenti. Durante la prova al cicloergometro viene registrato continuamente un elettrocardiogramma e viene monitorizzata la pressione arteriosa: in tal modo è possibile determinare il grado di tolleranza allo sforzo misurando i carichi di lavoro e valutare istante per istante la presenza o meno di eventuali anomalie. L'esame avrà la durata di circa 15 minuti e sarà seguito da un periodo di defaticamento di 3-5 minuti.

### **QUALI SONO I RISCHI CORRELATI ALLA PROCEDURA?**

I rischi legati al test sono molto modesti. In alcuni casi potrebbe essere indotta una ischemia cardiaca che si manifesterà con la comparsa di dolore toracico oppure sarà rilevata dal medico all'elettrocardiogramma; solo raramente è richiesta la somministrazione di farmaci per risolvere l'ischemia cardiaca.

Talora si può verificare una marcata riduzione della pressione arteriosa che si accompagna a sintomi quali sudorazione e offuscamento della vista.

Sono comunque prontamente disponibili i presidi sanitari necessari a fronteggiare tali evenienze ed il personale è addestrato ad affrontarle al momento dell'occorrenza.

In rari casi possono comparire aritmie cardiache pericolose per la vita.

**E' fondamentale informare immediatamente il personale medico e infermieristico in caso di comparsa di disturbi (dolore al petto, difficoltà nella respirazione, palpitazioni, senso di mancamento) durante l'indagine.**

**DATI IDENTIFICATIVI DEL PAZIENTE**

Nome e cognome: ..... Data di nascita: ...../...../.....

**DATI SANITARI**

Condizioni del paziente e patologia: .....

Atto sanitario proposto: **TEST ERGOMETRICO (PROVA DA SFORZO) FINALIZZATO ALLA CERTIFICAZIONE DI IDONEITA' SPORTIVA**

L'informativa relativa all'atto sanitario proposto (allegata) le è stata somministrata dal dott./dott.ssa

.....  
cui potrà fare riferimento per ogni chiarimento in merito.

**ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO**

In qualità di  assistito  amministratore di sostegno  tutore  madre  padre

**DICHIARO DI ESSERE STATO/A ESAURIENTEMENTE INFORMATO E DI AVER COMPRESO IL SIGNIFICATO DI QUANTO ILLUSTRATOMI IN RELAZIONE AL TRATTAMENTO PROPOSTO**

riguardo gli argomenti seguenti:

- le finalità del test e le modalità di esecuzione dello stesso;
- le norme comportamentali da seguire prima dell'esecuzione del test;
- gli eventuali disturbi che potrebbero insorgere durante l'indagine (dolore al petto, difficoltà nella respirazione, palpitazioni, senso di mancamento);
- la necessità di avvertire tempestivamente il personale medico e infermieristico presente non appena tali sintomi dovessero manifestarsi;
- i principali rischi insiti nell'indagine.

➤ **Ho ottenuto risposta ad eventuali chiarimenti e ho riflettuto in merito a quanto sopra esposto Sono a conoscenza della possibilità di revocare il seguente consenso in qualsiasi momento prima dell'atto sanitario.**

**Pertanto, recepitata l'informazione ricevuta**

**ACCONSENTO**

**NON ACCONSENTO**

all'effettuazione dell'atto sanitario sopra indicato.

Data .....

Firma del paziente .....

Timbro e firma del medico.....

**REVOCA DEL CONSENSO**

Il sottoscritto (nome e cognome) ..... nato il ...../...../.....

**REVOCA**

il consenso all'effettuazione dell'intervento chirurgico / procedura su indicato

Data ..... Firma del paziente .....

**DA FIRMARE IN CASO DI PAZIENTE MINORENNE**

**PADRE** Nome e cognome: ..... Data di nascita: ...../...../.....  
Firma .....

**MADRE** Nome e cognome: ..... Data di nascita: ...../...../.....  
Firma .....

**TUTORE** Nome e cognome: ..... Data di nascita: ...../...../.....  
Firma .....

**FIRMA DEL MINORE** (se di età maggiore di 14 anni) .....

**IN CASO DI PRESENZA DI UN SOLO GENITORE PER LONTANANZA / IMPEDIMENTO DELL'ALTRO GENITORE COMPILARE ANCHE IL MODULO "CONSENSO INFORMATO MINORENNI - AUTOCERTIFICAZIONE PER GENITORI"**

**DA FIRMARE IN CASO DI PAZIENTE INTERDETTO  
O SOTTOPOSTO AD AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO**

**TUTORE**  **AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO**  
Nome e cognome: ..... Data di nascita: ...../...../.....  
Documento identificativo: .....  
Firma .....

**ACQUISIRE COPIA DELL'ATTO DI NOMINA E DI UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DEL TUTORE / AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO**

**PAZIENTE CON IMPEDIMENTO MATERIALE ALLA FIRMA**

**TESTIMONI**

Nome e cognome: ..... Data di nascita: ...../...../.....  
Documento identificativo: .....  
Firma .....

Nome e cognome: ..... Data di nascita: ...../...../.....  
Documento identificativo: .....  
Firma .....

**IN CASO DI PAZIENTI INCAPACI NATURALI CON NECESSITA' DI INTERVENTO URGENTE, IN PRESENZA DI FAMILIARI, FAR COMPILARE IL MODULO "INCAPACI NATURALI - ESPRESSIONE DELLA POSIZIONE DEI FAMILIARI RIGUARDO L' INTERVENTO URGENTE"**