

SCHEDA INFORMATIVA

A) DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

Cognome.....Nome.....
nato/a.....il.....residente a via

B) TIPO DI TRATTAMENTO PROPOSTO: IRI TEST (scalino da 30 / 40 / 50 cm)

C) SCOPO DEL TRATTAMENTO, BENEFICI PREVISTI E POSSIBILITA' DI SUCCESSO: Esame obbligatorio per ottenere l'idoneità agonistica; Accertamento di idoneità sportiva agonistica

D) RISCHI E INCONVENIENTI RAGIONEVOLMENTE PREVEDIBILI PER IL PAZIENTE: Possibile comparsa di alterazione del tracciato ECG valutabili dopo lo sforzo.

E) DESCRIZIONE DEL TRATTAMENTO E/O ALTERNATIVE POSSIBILI: Lei dovrà salire e scendere lo scalino per tre minuti ed al termine dello sforzo verrà effettuato un ECG; dovrà segnalare al medico ogni sintomo o disturbo che dovesse avvertire.

F) CIRCOSTANZE CHE IMPORREBBERO UN AMPLIAMENTO DEL TRATTAMENTO PREVISTO PER ESTENSIONE DELLA PATOLOGIA: Il riscontro di alterazioni dell'ECG dopo lo sforzo richiede un approfondimento diagnostico, in primis, ecocardiogramma, test ergometrico massimale, Holter e successivamente anche con test invasivi quali, studio elettrofisiologico, coronarovenicolografia, etc. .

G) CONSEGUENZE DELLA MANCATA ESECUZIONE DELL'ESAME: Mancato rilascio del certificato di idoneità sportiva agonistica

H) DURATA DELL'ESAME E REGIME DI ASSISTENZA: Il test dura 3 minuti. Sono presenti un medico e un tecnico di medicina dello sport (o infermiere)

I) COMPORTAMENTI A CUI IL PAZIENTE DOVRA' ATTENERSI PRIMA, DURANTE E DOPO L'ESECUZIONE DELL'ESAME: Il giorno dell'esame lei dovrà assumere una colazione o pasto leggero, indossare abiti comodi. Al termine dell'esame sarà invitato a trattenersi per 15-30' nella sala d'attesa al fine di prevenire complicanze tardive

L) DOTAZIONI E ATTREZZATURE PRESENTI IN STRUTTURA: Nell'ambulatorio sono presenti i presidi sanitari necessari a fronteggiare le complicanze che possono insorgere durante la prova e il personale è addestrato ad affrontarle

M) EVENTUALI ANNOTAZIONI AGGIUNTIVE DEL MEDICO RELATIVE AL COLLOQUIO INFORMATIVO

.....
.....

Data.....

| | |
|---|--|
| Firma del paziente | |
| per il minorenne: Cognome, nome e firma del genitore che dichiara di esercitare la potestà genitoriale e che l'altro genitore è stato informato | |
| Documento del genitore: tipon. rilasciato il.....da scade il | |
| Cognome, nome e firma del tutore/ curatore/ amministratore di sostegno va allegata la documentazione che indica i poteri del legale rappresentante | |
| Firma del testimone in caso di impedimento fisico a firmare, analfabetismo, non conoscenza della lingua italiana | |

Io sottoscritto Dott/ssa dichiaro di aver fornito esaurienti spiegazioni circa il trattamento sanitario proposto ed in coscienza ritengo che esse siano state comprese dal paziente.

| | |
|----------------------------------|--|
| Timbro e firma del medico | |
|----------------------------------|--|

CONSENSO INFORMATO

Il sottoscritto dovrà sottoporsi al **test ergometrico allo scalino**;

a tal fine **DICHIARA**

> di essere stato informato dal Dott/ssa..... , medico dell'ambulatorio di Medicina dello Sport, dei seguenti aspetti relativi all'accertamento diagnostico cui intende sottoporsi:

1. SCOPO DEL TRATTAMENTO E BENEFICI PREVISTI;
2. RISCHI/INCONVENIENTI ragionevolmente prevedibili per la persona;
3. MODALITA' DI INTERVENTO E/O ALTERNATIVE POSSIBILI;
4. CONSEGUENZE DEL MANCATO TRATTAMENTO;
5. DURATA DEL TRATTAMENTO e REGIME DI ASSISTENZA
6. COMPORTAMENTI A CUI IL PAZIENTE DOVRA' ATTENERSI PRIMA, DURANTE E DOPO IL TRATTAMENTO SANITARIO;
7. DOTAZIONI E ATTREZZATURE PRESENTI IN STRUTTURA.

DICHIARA INOLTRE

> di aver ricevuto un'informazione completa e comprensibile anche attraverso la nota informativa specifica per l'accertamento diagnostico proposto,

> che prima di esprimere il consenso all'accertamento diagnostico ha avuto il tempo necessario per decidere e l'opportunità di chiedere eventualmente ulteriori informazioni,

> che tutte le domande poste hanno avuto risposta soddisfacente,

> **FIRMANDO IL PRESENTE CONSENSO autorizza l'esecuzione dell'accertamento diagnostico di cui alla premessa.**

| | |
|---|--|
| Firma del paziente | |
| per il minorenne: Cognome, nome e firma del genitore che dichiara di esercitare la potestà genitoriale e che l'altro genitore è stato informato | |
| Documento del genitore: tipon. rilasciato il.....da scade il | |
| Cognome, nome e firma del tutore/ curatore/ amministratore di sostegno va allegata la documentazione che indica i poteri del legale rappresentante | |
| Firma del testimone in caso di impedimento fisico a firmare, analfabetismo, non conoscenza della lingua italiana | |

(Parte riservata al medico)

Dal colloquio avuto, è risultato che il paziente ha ricevuto le informazioni necessarie, modulo di informativa ed ha espresso liberamente il suo consenso.

| | | |
|--|------|-----|
| Timbro e firma del medico¹ | Data | Ora |
|--|------|-----|

¹ Il medico che firma e raccoglie il consenso può essere diverso da quello che ha prioritariamente informato il paziente e/o che esegue l'intervento, laddove una procedura organizzativa e/o un percorso assistenziale, dell'Unità Operativa e/o del Dipartimento e/o della Struttura, l'abbia appositamente previsto, condiviso e certificato.