

CONSENSO INFORMATO PER TEST DA SFORZO

Allo scopo di:

	definire la natura dei disturbi da accusati consentire un controllo dell'efficacia terapeut stabilire un piano di riabilitazione accertare la mia idoneità alla pratica sportiva accertare lo stato del mio apparato cardiovas accertare la mia idoneità al lavoro per gli asp	colare
cons La p funzi l'ese Il te prog comp fino polso Com comp sosp grav acuto Il tes	sottoscritto	in test ergometrico. to rotante è un test di valutazione mento di svariati parametri durante o. etro che consentirà un incremento tato gradualmente fino all'eventuale fanno, dolori alle gambe o al petto o erromperlo. Durante la prova, il mio mma saranno tenuti sotto controllo. sforzo può comportare il rischio di entità e del tutto reversibili con la sono state registrate complicanze rto miocardio, scompenso cardiaco
	letto e compreso chiaramente quanto so posta ad ogni mia richiesta o chiarimento.	pra e ho ottenuto soddisfacente
		Firma del Paziente
	Firma del Medico	



Egregio Collega,

prima dell'esecuzione del **test da sforzo al cicloergometro** e al fine di una migliore interpretazione, si consiglia di eseguire al Paziente i seguenti esami:

- Sodio
- Potassio
- Cloro
- Calcio
- Emocromo

Ti prego inoltre di controllarli e provvedere alla correzione di quelli alterati. Si considerano validi gli esami eseguiti entro due mesi dalla data prevista per il test.

Cordiali saluti.
