

CONSENSO INFORMATO PER L'ESECUZIONE DEL CICLO DI RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA

Il sottoscritto con la presente comunica la mia adesione volontaria al Programma di Riabilitazione Cardiologica proposto al fine di migliorare le proprie capacità funzionali e ridurre il rischio cardiovascolare.

Gli esercizi fisici saranno personalizzati e basati sul quadro clinico-strumentale proprio del paziente.

Inoltre saranno condotti in modo tale da accrescere gradualmente il carico di lavoro sull'apparato cardio-vascolare per ottenere un miglioramento graduale della funzionalità.

Durante l'attività fisica alla cyclette il paziente verrà sottoposto a monitoraggio ECGrafico e controllo dei parametri clinici.

E' altresì possibile che si verifichino gli stessi problemi che possono insorgere durante una prova da sforzo, che saranno affrontati dal Personale sempre presente con tutti i mezzi atti a prevenire e trattare ogni evenienza.

Il sottoscrittonato a il
.....

con la presente dichiara di acconsentire liberamente ad eseguire l' esame prova da sforzo. Dichiara di avere compreso i rischi a cui si sottopone, di essere consapevole della procedura che verrà eseguita, dei suoi rischi, dei possibili disturbi e conseguenze avendo ricevuto esaurienti informazioni. Dichiara di avere fornito informazioni veritiere sulle condizioni fisiche e sui medicinali (farmaci e non) assunti prima dell'inizio del test, nonché di avere risposto senza reticenze alle domande poste dal medico. Dichiara di essere consapevole del fatto che potrà interrompere il test in qualsiasi momento se così si vuole. Dichiara altresì di avere letto il presente modulo.

Ragusa, li

Firma