

	M CARD 017 AUTORIZZAZIONE E CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DI TEST ERGOMETRICO	Data di emissione: 17/11/2008 revisione n° 1 Approvato ed emesso in originale
---	--	---

Mi sottopongo volontariamente all'esecuzione di **TEST ERGOMETRICO** al fine di valutare la risposta del mio apparato cardiovascolare allo sforzo. Questa indagine comporta una possibilità estremamente remota di complicazioni cardiovascolari (aritmie cardiache, sincope, shock cardiogeno, infarto miocardio acuto, morte improvvisa).

Mi è stato comunque assicurato che questa indagine sarà eseguita in modo accurato da personale medico esperto e che sarà interrotta alla comparsa di qualsiasi anomalia, come previsto dalle linee guida internazionali che dettano le modalità di effettuazione e interruzione del test.

Queste informazioni mi sono state date in modo chiaro e comprensibile dal personale del laboratorio, pertanto autorizzo l'esecuzione del **TEST ERGOMETRICO**.

Sig. _____

Nato a _____ in data ____/____/____

Residente in _____ Via _____

Data _____ Firma paziente _____

Firma Medico _____