



CONSENSO INFORMATO

TEST ERGOMETRICO

Io sottoscritto/a _____ nata/o il _____.

dichiaro

- che ho letto e compreso la descrizione riportata sul modulo informativo relativa agli scopi, modalità di esecuzione e rischi connessi all'esecuzione di questo esame
- di aver ricevuto esaurienti risposte alle mie domande dal dott.
- **IN PARTICOLARE DI AVER CAPITO GLI ASPETTI SOTTOELENCATI**
 - 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;
 - che, in rarissimi casi, durante la prova, possono insorgere complicazioni anche gravi;
 - la necessità di avvertire immediatamente il personale preposto non appena dovessero comparire sintomi non presenti a riposo;

AVENDO RIFLETTUTO IN MERITO A QUANTO SOPRA ESPOSTO

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

AD EFFETTUARE/FAR EFFETTUARE IL TEST ERGOMETRICO (PROVA DA SFORZO).

Firma dell'Utente se maggiorenne

Firma del Legale Rappresentante se minorenni

Firma e Timbro del Medico

luogo data