



CENTRO DIAGNOSTICO SOLBIATESE S.r.l.

via dei Patrioti, 65 – 21058 Solbiate Olona (VA)

Tel. 0331.641111 Fax 0331.642229

.cdssnc.com – info@cdsmed.com

Modulo MSQ 30.15 del 06.04.2010 rev. 0

CONSENSO INFORMATO TEST ERGOMETRICO

FINALITÀ DEL TEST

Valutazione soglia ischemia e aritmie secondarie

ESECUZIONE DEL TEST

Test al cicloergometro con incrementi di 25 Watt ogni 2 minuti

AVVERTENZE

Il test è interrotto per comparsa di angina pectoris, aritmie maligne, esaurimento muscolare.

CONSENSO DEL PAZIENTE

Il sottoscritto _____
dichiara di essere stato adeguatamente informato in modo
chiaro e comprensibile sulle modalità di esecuzione,
sulle complicanze e sui vantaggi del Test Ergometrico al
quale sta per essere sottoposto, al fine di ottenere una
corretta diagnosi.

Pertanto:

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

ad essere sottoposto all'esame richiesto

data _____

firma _____

Il sottoscritto **NON** acconsente all'esecuzione del TEST ERGOMETRICO

per i seguenti motivi:

Firma del Medico _____

ETICHETTA
CONSENSO INFORMATO