



Informazioni e modulo per acquisizione del consenso informato per test di provocazione bronchiale con prova da sforzo

Sulla base delle notizie anamnestiche ottenute, del risultato degli esami eseguiti e della visita effettuata su vostro/a figlio/a, per ottenere un quadro completo della situazione ed attuare una terapia adeguata, si rende necessario eseguire un test di Provocazione Bronchiale Aspecifica tramite:

Prova da sforzo su tappeto rotante

Il test serve per evidenziare la presenza di una caratteristica funzionale, indicata come iperreattività bronchiale, che predispone chi ne è portatore a presentare sintomi respiratori (tosse, affanno, produzione di muco) in seguito all'esposizione a fattori di vario tipo (allergeni, smog, fumo di sigaretta, virus, attività fisica, ecc...), in misura notevolmente superiore a quanto succede in soggetti normali.

Nel caso del test che verrà effettuato, lo stimolo è rappresentato dalla inalazione di aria che avviene durante la attività fisica (in tal caso la corsa) poiché in soggetti con iperreattività bronchiale, l'inalazione di aria in condizioni di umidità e temperatura specifiche è in grado di stimolare la iperreattività bronchiale e provocare delle modificazioni a livello bronchiale che si traducono in tosse o affanno. Ciò può succedere spontaneamente durante le attività quotidiane (sport, attività fisica in genere, ridere, salire le scale...), ma la documentazione del fenomeno deve avvenire in condizioni standardizzate; e questo è il motivo per cui la corsa viene svolta ad una certa velocità, con una certa pendenza, in un ambiente con aria a temperatura e umidità verificate, come è possibile soltanto in laboratori specializzati.

Il test è condotto in modo tale da non comportare nessun rischio per il paziente, con la presenza di un medico esperto durante la esecuzione del test. La verifica della iperreattività bronchiale viene effettuata con la esecuzione di una spirometria prima e dopo il test, che ha una durata di pochi minuti. I sintomi presentati dal paziente (tosse, affanno) sono in genere di lieve entità, spesso non avvertibili dal paziente e comunque risolvibili spontaneamente o dopo somministrazione di un broncodilatatore per via inalatoria (spray dosato). Il test viene interrotto in caso di sintomatologia che ne documenta la positività senza la necessità di completamento del test. Soltanto eccezionalmente i sintomi possono essere di maggiore intensità e richiedere per la loro risoluzione una terapia più intensa e prolungata (ripetizione della somministrazione del broncodilatatore, cortisonici per via generale) ed un'osservazione per qualche ora.

Prima di sottoporsi al test è opportuno sospendere le terapie in corso, ed in particolare: da almeno sette giorni antileucotrieni e cortisonici sistemici, da almeno 48 ore cortisonici inalatori, antistaminici, beta2-stimolanti, cromoni, teofillina.

Tutte le informazioni raccolte sul conto di suo figlio saranno considerate confidenziali e archiviate in condizioni di assoluta sicurezza presso il nostro servizio e resteranno riservate, in accordo con quanto previsto dalla normativa italiana sulla tutela della privacy. Qualora tali dati dovessero essere utilizzati per valutazioni statistiche o a scopo di ricerca scientifica, non si rilasceranno informazioni relative all'identità personale. L'accesso ai dati è protetto dagli operatori sanitari. L'Archivio potrà essere ispezionato da Autorità Sanitarie o da personale addetto al controllo ed alla verifica delle procedure, senza violare la privacy delle informazioni contenute e nei termini previsti dalla legge. Potrete richiedere informazioni aggiornate in merito ai dati registrati e avrà il diritto di chiedere la correzione degli errori.

Un resoconto sui risultati ottenuti potrà essere comunicato al medico di assistenza primaria o altro sanitario che vorrete indicarci

Bibliografia di riferimento

Committee to Update the 1997 Exercise Testing Guidelines. EXERCISE TESTING GUIDELINES ACC/AHA 2002 guideline update for exercise testing: summary article: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines *Circulation* 2002;106:1883-92.



Modulo di consenso

Il sottoscritto _____ padre di _____

La sottoscritta _____ madre di _____

Dichiarano:

- **di aver preso visione** di tutte le parti del modello informativo sul test di provocazione bronchiale con Prova da Sforzo su Tappeto Rotante e di averne discusso in maniera approfondita con il dott. _____, il quale ha fornito risposte chiare, esaurienti e complete a tutte le domande formulate;
- di essere consapevoli della libertà di ritirare o modificare il proprio consenso in qualsiasi momento, senza dover dare spiegazioni;
- di essere stati informati che tutti i dati personali raccolti verranno archiviati nel pieno rispetto delle normative vigenti sulla tutela della privacy;
- di aver quindi deciso di **acconsentire** volontariamente all'esecuzione del test al proprio figlio/a; consci che da parte dei sanitari viene messa in atto ogni misura prudenziale per garantire la massima innocuità del test e la terapia necessaria in caso di effetti indesiderati e confermano di essere al corrente della necessità di trattarsi nell'ambulatorio per tutto il tempo utile all'esecuzione della prova e del successivo periodo di osservazione, se necessario.

Firma del padre _____

Firma della madre _____

Firma del minore (se maggiore di 14 anni) _____

Firma del medico _____

Di non acconsentire a sottoporre il proprio figlio/a al test.

Data _____ Firma padre _____ Firma madre _____

Inoltre: ACCONSENTONO o NON ACCONSENTONO

All'utilizzo dei propri dati personali, limitatamente alle modalità sopra espone, dando anche l'autorizzazione ad essere contattati in futuro per fornire notizie sul stato di salute del proprio figlio/a.

Data _____ Firma padre _____ Firma madre _____