

Gentile Signora,
Egregio Signore,

La **informiamo** che, in base alla Sua patologia:

Lei dovrà essere sottoposto a un **trattamento sanitario definito**:

TEST DEL CAMMINO

La **informiamo** che Il test del cammino o 6MWT (Six Minute Walking Test) misura la **distanza** che un soggetto può percorrere camminando il più velocemente possibile su una superficie piana in **sei minuti**, comprese tutte le interruzioni che il soggetto ritiene necessarie.

La **informiamo** che il test del cammino serve a valutare la capacità di percorrere una certa distanza e rappresenta una misura rapida ed economica per valutare la capacità di svolgere le **normali attività quotidiane** o, di converso, il grado di limitazione funzionale del soggetto.

La **informiamo** che per lo svolgimento del test del cammino sarà invitato a camminare alla **massima velocità**, per Lei possibile, per sei minuti su una superficie di marcia piana, lungo un percorso rettilineo. Può fermarsi ogni volta che lo ritenga necessario.

Durante il test il numero di **metri percorsi**, la **frequenza cardiaca** e la **saturazione emoglobinica** saranno monitorate da una apparecchiatura non invasiva con un sensore adesivo ad un dito della mano collegata a un dispositivo mobile per la registrazione dei dati in tempo reale.

La **informiamo** che prima e al termine dell'esame viene compilato un breve questionario per valutare il Suo grado di dispnea, cioè di affaticamento della respirazione. L'esame può essere svolto anche con somministrazione di ossigeno, secondo le valutazioni cliniche richieste.

La **informiamo** che il test del cammino ha una durata complessiva di circa una decina di minuti.

La **informiamo** che per eseguire il test del cammino dovrà:

- utilizzare **abbigliamento** e scarpe adeguati;
- assumere l'abituale **terapia**;
- evitare **sforzi fisici** intensi nelle due ore precedenti il test;
- far trascorrere almeno due ore da un **pasto leggero**;
- non eseguire alcuna fase di **riscaldamento**.

La **informiamo** che il test del cammino prevede controindicazioni di due tipi.

Assolute:

- in presenza di angina instabile nel mese precedente;
- infarto miocardico acuto nel mese precedente.

Relative:

- frequenza cardiaca a riposo maggiore di 120 battiti/minuto;
- ipertensione arteriosa severa (Pressione arteriosa sistolica maggiore di 180 mmHg, Pressione arteriosa diastolica maggiore di 100 mmHg);
- condizioni di impedimento motorio (es: lombosciatalgia).

La **informiamo** che gli studenti in Medicina o delle Professioni Sanitarie e/o tirocinanti possono partecipare al percorso di cura in maniera proporzionale alle competenze acquisite ed essere coinvolti anche nel processo di acquisizione del Consenso Informato.

Roma li ___/___/_____