

NORME DI PREPARAZIONE

ECOCARDIOGRAFIA COLORDOPPLER A RIPOSO E DOPO STIMOLO FARMACOLOGICO

IL PAZIENTE È INVITATO AD ATTENERSI SCRUPOLOSAMENTE ALLE NORME RIPORTATE

IL GIORNO DELL'ESAME, RIPORTARE COMPILATO IL CONSENSO INFORMATO.

E' INDISPENSABILE:

1. ESSERE A DIGIUNO ASSOLUTO
2. PORTARE TUTTA LA DOCUMENTAZIONE CARDIOLOGICA PRECEDENTE
3. ESSERE ACCOMPAGNATO DA PERSONA IN GRADO DI GUIDARE
4. IN CASO DI ASSUNZIONE DI FARMACI E/O TERAPIE, SI CHIEDE DI ATTENERSI A QUANTO SUGGERITO DAL MEDICO SPECIALISTA OVVERO DI RIVOLGERSI AL PROPRIO MEDICO DI BASE PER EVENTUALI NECESSITA' DI SOSPENSIONE E/O MODIFICA.
5. PER L'ESECUZIONE DELL'ECOCARDIOGRAFIA DOPO PROVA FISICA O FARMACOLOGICA (ECOSTRESS), RIMANERE ALL'INTERNO DELL'OSPEDALE PER 1 ORA DOPO IL TERMINE DELL'ESAME

UNITA' OPERATIVA di CARDIOLOGIA

Responsabile: Dr. Angelo Anzuini

**CONSENSO INFORMATO
ECO - STRESS**

Io sottoscritto/a

<p><i>in caso di assenza di etichetta identificativa paziente compilare i dati sottostanti</i></p> <p>Cognome e Nome _____</p> <p>Nato/a _____ il ____/____/____</p>	<p>GENERALITÀ PAZIENTE</p> <p>(apporre l'etichetta identificativa)</p>
--	---

dichiaro di

essere stata/o informata/o in modo chiaro ed a me comprensibile dal Dr./Dr.ssa _____

- ✓ della diagnosi formulata alla conclusione della visita e/o degli esame/i diagnostici a cui sono stato sottoposto:

inserire la diagnosi

- ✓ della necessità di sottopormi a:

inserire intervento chirurgico/procedura

- ✓ delle patologie concomitanti che costituiscono un rischio individuale specifico tale da influenzare il rischio di complicanze:

indicare le patologie

NULLA DA SEGNALARE

- ✓ delle alternative terapeutiche all'intervento chirurgico/procedura proposto

Il presente modulo viene consegnato al paziente in previsione dell'intervento chirurgico / procedura, a completamento di quanto già espresso verbalmente, per informarlo dei rischi e dei benefici connessi all'operazione prevista ed ottenere il Suo consenso informato. Tale atto, indispensabile e previsto dalla legge, viene richiesto a tutela del malato e non al fine di sollevare il medico dalle responsabilità professionali. Si prega di leggere per esteso il documento prima di firmarlo, rivolgendosi al medico dell'Unità Operativa / Servizio per ogni eventuale chiarimento.

Dopo aver letto queste notizie e dopo averne parlato con il medico responsabile delle sue cure o con il medico che eseguirà l'intervento necessario, il paziente sottoscriverà questo consenso al trattamento proposto od opporrà un suo rifiuto. In quest'ultima spiacevole condizione nulla cambierà nei rapporti tra il paziente ed i medici del reparto che continueranno ad impegnarsi per fornire il miglior trattamento possibile anche senza quello proposto, ritenuto assolutamente necessario. Deve essere chiaro che la mancata esecuzione della procedura terapeutica proposta, implicherà l'aumentato rischio di mortalità o una rilevante riduzione dei risultati terapeutici.

1. CHE COS'È L'ECO-STRESS?

L'esame consta di un ecocardiografia cardiaca che viene eseguita durante infusione endovenosa a dosi crescenti dei seguenti farmaci: la dobutamina, il dipiridamolo, l'adenosina o l'ergonovina, che in presenza di una malattia delle coronarie può provocare una ischemia (cioè una carenza relativa di ossigeno) del muscolo cardiaco (il miocardio); tale ischemia si manifesta solitamente con alterazioni del movimento delle pareti del cuore visibili con l'ecocardiogramma e che permettono di identificare la sede (quindi identificare la coronaria malata) e l'estensione di un'eventuale patologia coronarica.

Durante l'eco-stress viene continuamente registrato l'elettrocardiogramma e l'ecocardiogramma e ogni 2-3 minuti la pressione arteriosa.

Il test può essere effettuato in terapia o senza, a giudizio del medico o cardiologo curante.

2. COSA FARE DOPO PRIMA E DOPO L'ESAME?

Occorre presentarsi a digiuno dalla mattina e fermarsi presso l'Unità Operativa di Cardiologia per circa 1 ora dopo la fine del test.

3. QUALI DISTURBI POSSONO VERIFICARSI DURANTE L'ESECUZIONE DELL'ESAME?

I disturbi che eventualmente potranno insorgere durante l'indagine sono:

- palpitazione
- formicolii al viso ed agli arti superiori
- lieve mancanza di respiro
- sensazione di battito cardiaco progressivamente più veloce ed intenso
- mal di testa
- senso di vertigine
- nausea
- respirazione difficoltosa
- malessere

Occorre avvertire tempestivamente il personale medico ed infermieristico non appena si dovessero manifestare dei disturbi, con particolare riguardo a respirazione difficoltosa, dolore toracico, senso di svenimento.

4. QUALI SONO LE CONTROINDICAZIONI ALL'ESAME?

Le controindicazioni all'esame sono:

- infarto miocardio recente (<30 gg),
- ipertensione grave,
- aritmie gravi,
- aneurisma aortico,
- glaucoma,

- ipertrofia prostatica,
- grave broncopneumopatia cronica ostruttiva.

5. QUALI SONO I RISCHI DELL'ESAME?

Nonostante l'indagine sia prescritta e condotta secondo arte e secondo le più moderne conoscenze mediche, in letteratura (Rev Esp Cardiol 2001; 54: 941 - 948) è stato segnalato che in rari casi (0,0012%) l'eco-stress ha provocato effetti collaterali gravi, quali:

- aritmie
- ventricolari (fibrillazione e tachicardia ventricolare – 0,06%), blocco atrio-ventricolare
- completo (0,009%), rotture di cuore (0,009%), ipotensione (0,00005%), gravi aritmie
- sopraventricolari (0,015%), crisi ipertensiva (0,008%), infarto miocardico acuto e/o ischemia
- cardiaca con necessità di eseguire d'urgenza un'angioplastica coronarica (0,02%), in casi;

6. QUALI SONO LE CONSEGUENZE DELLA NON ESECUZIONE DELL'ESAME?

La non esecuzione dell'indagine potrebbe implicare:

- un'incompletezza nell'iter diagnostico;
- una carente formulazione della diagnosi finale o la necessità di ricorrere ad indagini alternative più complesse;
- l'inizio o la prosecuzione della terapia in termini empirici, ovvero la limitata possibilità di stabilire una corretta terapia con tutto ciò che ne deriva in termini di prognosi.

Sono state inoltre fornite informazioni relativamente a:

- apparecchiature necessarie e personale addestrato per fronteggiare qualsiasi emergenza od urgenza, che saranno prontamente disponibili
- eventuali alternative diagnostiche
- all'interruzione del test, su giudizio del Cardiologo, quando sono state ottenute sufficienti informazioni o quando compaiono sintomi o segni che ne consigliano la sospensione.
- al diritto di ritirare il consenso in qualsiasi momento senza alcuna spiegazione.

CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto/a

*in caso di assenza di etichetta identificativa paziente
compilare i dati sottostanti*

Cognome e Nome _____

Nato/a _____ il ____/____/____

GENERALITÀ PAZIENTE

(apporre l'etichetta identificativa)

dichiaro di

- aver letto e compreso l'informativa specifica, parte integrante di questo consenso
- essere stato adeguatamente informato sul mio stato di salute, sulle modalità di esecuzione terapeutiche dell'intervento chirurgico/procedura propostami, sulle finalità diagnostiche/terapeutiche dell'intervento chirurgico/procedura stessa, sulle complicanze più frequenti, sui rischi e sui benefici del trattamento, sulle alternative di cura e sulle eventuali conseguenze da rifiuto del trattamento stesso, sulla necessità, qualora si verificasse, di ricorrere a emotrasfusioni
- essere stato informato sull'equipe che esegue l'intervento chirurgico /procedura proposti
- essere stato adeguatamente informato sulle patologie concomitanti per le quali il rischio specifico dell'intervento proposto/procedura risulta essere aumentato
- avere compreso e discusso con il medico le informazioni che mi sono state fornite
- essere a conoscenza di poter revocare il consenso in qualsiasi momento
- di autorizzare i sanitari, ove durante l'intervento chirurgico/procedura se ne ravvisasse la necessità, a modificare il programma chirurgico prospettato e preventivamente concordato
- aver riferito al medico la mia storia clinica e tutte le terapie convenzionali e alternative che sto assumendo

e quindi in piena consapevolezza

ACCETTO

RIFIUTO

di SOTTOPORMI presso CODESTA STRUTTURA
ad INTERVENTO CHIRURGICO/PROCEDURA sopraindicato

Informazione data al paziente tramite INTERPRETE e/o in presenza di TESTIMONE

Nome e Cognome dell'INTERPRETE

Firma

Nome e Cognome del TESTIMONE

Firma

INCAPACITA' D'INTENDERE e DI VOLERE

SÌ

Nome e Cognome del TUTORE LEGALE

Firma

PAZIENTE MINORE

**il consenso del paziente minore deve essere sottoscritto da entrambi i genitori*

Firma madre

Firma padre

Firma Tutore legale

Firma giudice tutelare

Data: ____/____/____

Firma paziente **X** _____

Timbro e Firma Medico **X** _____