

## NORME DI PREPARAZIONE

### ECOCARDIOGRAFIA COLORDOPPLER TRANSESOFOGEEA

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  
ECOGRAFIA TRANSESOFAGEA**

Io sottoscritto/a

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

**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'ECOGRAFIA TRANSESOFOGEEA?

L'**ecocardiogramma transesofageo** consiste nell'introduzione nell'esofago di una sonda che consente di ispezionare il cuore con una migliore definizione e qualità dell'esame, previa somministrazione di anestetico locale in cavo orale.

Si può verificare la necessità di somministrare un blando sedativo endovena nel caso in cui non si dovesse tollerare l'esame.

La sonda transesofagea permette di vedere, attraverso la parete dell'esofago, le camere cardiache, i grossi vasi polmonari e l'aorta, le valvole cardiache native e proteiche, con un dettaglio significativamente migliore rispetto all'approccio transtoracico.

Durante l'esame sarà registrato continuamente l'elettrocardiogramma.

Questo esame viene effettuato solo in determinate circostanze, quando cioè l'ecocardiogramma transtoracico non è sufficiente a garantire un'adeguata qualità di immagine.

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

I disturbi che eventualmente potranno insorgere durante l'indagine sono: irritazione faringea, ipersalivazione, senso di vomito, formicolio, senso di mancamento, dispnea, nausea.

Non appena dovessero manifestarsi dei sintomi, è necessario avvertire tempestivamente il personale medico e infermieristico.

### 3. QUALI SONO LE EVENTUALI COMPLICANZE?

Anche se prescritto e condotto secondo arte e secondo le più moderne conoscenze mediche, in letteratura (J Am Soc Echocardiogr; 15:1396-400) vengono riportate le seguenti complicanze:

- ipertensione transitoria (0,09%),
- ipotensione transitoria (0,05%),
- desaturazione (0,03%),
- ipotensione severa (0,002%),
- vomito (0,005%),
- aritmie (blocco atrioventricolare, extrasistolia ventricolare, fibrillazione striale – 0,003%)
- sanguinamenti minori, depressione respiratoria e, in casi eccezionali la perforazione dell'esofago.

Occorre informare i medici del Laboratorio di Ecocardiografia Doppler della eventuale presenza di malattie dell'esofago o del fegato (pregressi interventi chirurgici, diverticoli esofagei, varici esofagee, acalasia esofagea) per evitare complicanze potenzialmente letali.

#### **4. 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, 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.

#### **5. COSA FARE DOPO L'ESAME?**

Dopo l'esame non si devono ingerire cibi solidi e bevande per almeno 2 ore e, nelle 12 ore successive, non occorre sottoporsi ad attività impegnative (ad es. guidare l'auto, utilizzare mezzi meccanici potenzialmente pericolosi, ecc..).

Sono state inoltre fornite informazioni relativamente a:

- apparecchiature necessarie ed il personale addestrato per fronteggiare qualsiasi emergenza od urgenza saranno prontamente disponibili
- eventuali alternative diagnostiche.

# 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 prospettatomi 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** \_\_\_\_\_