

NORME DI PREPARAZIONE

ECOCARDIOGRAFIA CON E SENZA CONTRASTO

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 CONTRASTO INTRACAVITARIO PER
LA VALUTAZIONE PERVIETA' DEL FORAME OVALE**

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 IL FORAME OVALE?

Il **forame ovale** pervio è una comunicazione fra le due cavità superiori del cuore; cioè tra atrio sinistro e atrio destro, presente in circa il 27% della popolazione generale.

2. PERCHÉ È IMPORTANTE DIAGNOSTICARE IL FORAME OVALE PERVIO?

In una piccola percentuale di pazienti portatori di questa anomalia si possono avere attacchi ischemici transitori e a volte altre patologie (esempio: cefalea).

E' pertanto importante specie in soggetti giovani con precedenti di attacco ischemico cerebrale transitorio ricercarla.

3. QUALE È LA PROCEDURA PIÙ INDICATA PER LA RILEVAZIONE DEL FORAME OVALE PERVIO?

L'esame ecocardiografico standard non è in genere sufficiente per una accurata definizione e quindi si ricorre all'esecuzione di eco contrasto con soluzione fisiologica cavitata.

La soluzione fisiologica cavitata (cioè rimescolata velocemente) consente di creare delle microbolle che entrano in circolazione mediante puntura endovenosa e creano un fenomeno di contrasto all'interno delle cavità del cuore.

Pertanto è possibile documentare se esiste un piccolo forame tra gli atri nel caso in cui si documenta un passaggio di bolle dall'atrio destro al sinistro.

4. DURANTE L'ESECUZIONE DELLA PROCEDURA SI UTILIZZANO DEI FARMACI?

Questa procedura è di semplice esecuzione, veloce (con una durata di 5 -10 minuti) e generalmente priva di effetti collaterali in quanto non vengono utilizzati farmaci ma una semplice soluzione fisiologica (sostanzialmente acqua).

In rari casi si può accusare un formicolio alla testa o agli arti e cefalea.

5. POSSONO VERIFICARSI DEGLI EFFETTI COLLATERALI?

Generalmente gli effetti collaterali sono transitori e di breve durata.

6. CONSIGLI PER UNA CORRETTA ESECUZIONE DELL'ESAME?

Per poter eseguire l'esame in condizioni ottimali il paziente deve presentarsi a digiuno, con impegnativa del medico curante e con tutta la documentazione in possesso (ECG, ecocardiogrammi, Rx torace ...).

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** _____