

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****INFORMATIVA****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

Data:/...../..... Ore: :

Io / Noi sottoscritta/o/i

Cognome e nome (Paziente, Genitore, Rappresentante Legale)

.....

Nata/o a (.....)

il/...../.....

**GENERALITA' PAZIENTE
(apporre etichetta
identificativa)**

Cognome e nome (Secondo Genitore)

.....

Nata/o a (.....)

il/...../.....

IN QUALITA' DI:

DIRETTA/O INTERESSATA/O

GENITORE/I (*in assenza del secondo genitore compilare mod_CONS_001 "Dichiarazione sostitutiva di certificazione per genitore unico")

TUTORE CURATORE AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO TITOLARE RESPONSABILITÀ GENITORIALE
(*compilare mod_CONS_002 "Dichiarazione sostitutiva di certificazione per rappresentante legale")

di.....nata/o a..... (....) il/...../.....

DICHIARO/DICHIARIAMO:

di avere avuto un colloquio informativo con la dr.ssa/il dr., durante il quale sono/siamo stato/i reso/i edotto/i della diagnosi formulata a conclusione della visita medica e/o degli esami diagnostici sin qui eseguiti. Al termine mi/ci è stato spiegato in modo chiaro che si rende necessario intraprendere il seguente trattamento diagnostico/terapeutico che verrà eseguito da medici appartenenti al Team chirurgico/U.O. di

Diagnosi	
Trattamento diagnostico-terapeutico	
Sede	
Lateralità (ove applicabile)	

DICHIARO/DICHIARIAMO INOLTRE:

di aver ricevuto informazioni esaurienti, come da Informativa fornita, riguardo a:

- tipologia di procedura proposta, tempi e modalità di esecuzione;
- benefici attesi, possibilità di successo e di insuccesso della procedura proposta;
- potenziali complicanze (immediate e/o a distanza) correlate alla procedura o al mio caso specifico, in relazione alla presenza di patologie concomitanti;
- opzioni terapeutiche alternative al trattamento proposto con relativi benefici, rischi e complicanze;
- conseguenze sulla vita sociale e lavorativa che potrebbero verificarsi a seguito del trattamento e relativi tempi e modalità di recupero;
- possibili esiti clinici in caso di rifiuto del trattamento proposto.

CONSENSO INFORMATO

CONFERMO/CONFERMIAMO INFINE DI:

- aver letto e discusso con il medico tutte le informazioni contenute nell'Informativa allegata al presente modulo;
- avere avuto la possibilità di fare domande sul trattamento proposto e che il medico si è reso/a disponibile per eventuali ulteriori chiarimenti;
- sapere che ove si rendessero necessarie modifiche rispetto a quanto già discusso, dovrò/dovremo manifestare un nuovo consenso al trattamento;
- essere informata/o/i della possibilità di revocare il mio/nostro consenso al trattamento in qualsiasi momento precedente alla sua esecuzione
- di aver tenuto conto della volontà del minore, in relazione alla sua età e grado di maturità, riguardo all'esecuzione del trattamento proposto (applicabile solo per pazienti minori).

CONSAPEVOLE/I DI QUANTO SOPRA, DICHIARO/DICHIARIAMO DI:

ACCONSENIRE NON ACCONSENIRE

all'esecuzione del trattamento proposto

Firma del Paziente, Genitore, Rappresentante Legale

.....

Firma del secondo Genitore

.....

Nome, Cognome e Firma eventuale interprete (Allegare documento d'identità)

.....

Timbro e Firma del medico

REVOCA DEL CONSENSO

Data:/...../.....	Ore: :
-------------------------	--------------------

Consapevole/i ed informata/o/i sui rischi derivanti da tale scelta,

DICHIARO/DICHIARIAMO DI REVOCARE

il consenso al trattamento di

.....

precedentemente accettato in data/...../.....

Firma del Paziente, Genitore, Rappresentante Legale

.....

Firma del secondo Genitore

.....

Nome, Cognome e Firma eventuale interprete (Allegare documento d'identità)

.....

Timbro e Firma del medico