

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****INFORMATIVA****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

CONSENSO INFORMATO

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

Io / Noi sottoscritta/o/i

Cognome e nome (Paziente, Genitore, Rappresentante Legale)

.....

Nata/o a (.....)

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

Cognome e nome (Secondo Genitore)

.....

Nata/o a (.....)

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

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

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:

ACCONSENTIRE **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