

NORME DI PREPARAZIONE

ECOCARDIOGRAFIA COLORDOPPLER TRANSESOFAGEA

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 TRANSESOFOGEEA****INFORMATIVA****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

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:

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