



OSPEDALE CLASSIFICATO EQUIPARATO SACRO CUORE - DON CALABRIA  
PRESIDIO OSPEDALIERO ACCREDITATO - REGIONE VENETO - NEGRAR (Verona)

**Unità Operativa Complessa di Cardiologia**

Primario: Prof. ENRICO BARBIERI

REV. 0  
del  
06/02/2017



## **INFORMAZIONI RELATIVE ALL'ESECUZIONE DI ECOCARDIOGRAMMA CON STRESS - PACING**

L'ecocardiogramma con stress - pacing viene proposto a pazienti portatori di pacemaker cardiaco: consiste nell'esecuzione di un ecocardiogramma(\*) durante il quale il cardiologo aumenta progressivamente il battito cardiaco ("frequenza cardiaca") avvalendosi del pacemaker, secondo un protocollo definito.

Questo esame consente di verificare se lo sforzo fisico o un evento potenzialmente stressante (ad es. un intervento chirurgico) possano determinare una "sofferenza cardiaca" dovuta a insufficienza del circolo coronarico, a problemi delle valvole cardiache o altro.

È quindi utile per confermare o far emergere una malattia coronarica in pazienti in cui si sospetti, o sia già nota, una storia di angina pectoris o di infarto miocardico, anche al fine di valutare il rischio cardiovascolare del paziente e definire la più appropriata strategia terapeutica.

L'ecocardiogramma con stress - pacing dura circa 30 minuti; viene eseguito presso il Laboratorio di Ecocardiografia del Servizio di Cardiologia, da un'equipe composta da un cardiologo ecocardiografista, che esegue l'ecocardiogramma, un cardiologo aritmologo, che gestisce il pacemaker, ed un infermiere, che prepara ed assiste il paziente durante l'esame.

Per tutto il tempo dell'esame vengono controllati l'elettrocardiogramma e la pressione arteriosa del paziente.

**È possibile che l'aumento della frequenza cardiaca determinato dal test provochi dei sintomi: dolore al petto, mancanza di respiro, batticuore.**

**Esiste anche la (remota) possibilità che l'esame determini complicanze gravi, quali collasso (sincope), infarto miocardico, aritmie cardiache maligne.**

*Ogni sintomo avvertito dal paziente dovrà perciò essere immediatamente riferito ai medici, così da poter prendere subito i provvedimenti necessari.*

*In tutti i casi, nel Laboratorio di Ecocardiografia dove l'esame viene eseguito, sono disponibili attrezzature e personale specializzato, per dare pronta risposta all'eventuale comparsa dei sintomi sopra indicati.*

(\*) Si rimanda alla brochure informativa sull'ecocardiogramma per informazioni più dettagliate su tale metodica.

### **AVVERTENZE SPECIALI:**

#### **HA ALLERGIE A FARMACI? SE SÌ, QUALI?**

**DIGIUNO:** per l'esecuzione di tale esame è necessario essere a digiuno da almeno 3 ore.

**ASSUNZIONE DI FARMACI:** per l'esecuzione dell'esame non è necessaria la sospensione dei farmaci abituali, salvo casi particolari e secondo indicazioni preventivamente fornite dal cardiologo curante.

**PER LE DONNE IN ETÀ FERTILE:** come per l'ecocardiografia tradizionale, l'esame utilizza ultrasuoni e non radiazioni ionizzanti; non vi è quindi alcun rischio biologico, in caso di eventuale gravidanza futura o di possibile gravidanza in atto.

È comunque importante che - prima dell'indagine - la paziente segnali uno stato di gravidanza in atto, sospetta o anche solo possibile, poiché tale condizione dovrà essere tenuta presente nel caso di somministrazione di farmaci in urgenza.

La sua firma "per presa visione" indica che Lei ha bene compreso tutte le informazioni e che acconsente all'espletamento dell'esame.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE E CONSENSO ALL'ESAME

Io sottoscritt \_\_\_\_\_ dichiaro di essere stat \_\_\_\_\_ informat \_\_\_\_\_ in modo chiaro e comprensibile dal Dott. \_\_\_\_\_ sulle modalità di esecuzione dell'esame e sulle eventuali alternative diagnostiche.

Mi sono state illustrate, anche mediante fogli esplicativi, le possibili complicanze legate all'indagine, con particolare riguardo ai rischi specificamente connessi con il mio caso.

Ho comunque appreso che, sulla base della consolidata esperienza clinica, l'utilità dei risultati attesi dall'indagine prevale di gran lunga sui possibili effetti indesiderati.

Preso atto di tutte le informazioni, comprese le eventuali opzioni diagnostiche alternative,

**acconsento**

**non acconsento**

all'indagine proposta.

Dichiaro inoltre di essere a conoscenza che, dinanzi ad impreviste complicanze o emergenze, potrebbe rendersi necessario modificare la procedura concordata o eseguire trattamenti diretti a fronteggiare tali evenienze; se in queste circostanze non fosse possibile interpellarmi, autorizzo sin d'ora ogni trattamento giudicato utile/necessario.

Data \_\_\_\_\_

Il Paziente \_\_\_\_\_

Il Medico \_\_\_\_\_