



OSPEDALE CLASSIFICATO EQUIPARATO SACRO CUORE - DON CALABRIA

PRESIDIO OSPEDALIERO ACCREDITATO - REGIONE VENETO - NEGRAR (Verona)

Unità Operativa Complessa di Cardiologia

Primario: Prof. ENRICO BARBIERI

REV. 5
del
31/05/2016



INFORMAZIONI RELATIVE ALL'ESECUZIONE DI HEAD-UP TILT TEST

Egr. Sig./ra _____

Il Suo medico curante, Dott. _____ Le ha spiegato che nel suo caso è consigliata l'esecuzione di un'indagine diagnostica denominata Head-up Til-Test.

Il tilting test, o head-up tilt-test (HUT) è un esame che consente in un'elevata percentuale di casi di comprendere la causa ed il meccanismo della sincope (svenimento). La prolungata stazione eretta in pazienti predisposti può indurre delle modificazioni del tono neurovegetativo (aumento del tono vagale) e, come effetto finale, un calo della pressione arteriosa e/o della frequenza cardiaca, con conseguente riduzione del flusso di sangue al cervello e perdita transitoria della coscienza.

Il ripristino della posizione supina permette un rapido ritorno alla normalità della frequenza cardiaca e della pressione con regressione della sintomatologia.

Con il tilt test si può riprodurre, in un ambiente protetto e sotto monitoraggio continuo della pressione arteriosa e della frequenza cardiaca, un eventuale episodio sincopale e quindi intervenire con terapie mirate, per esempio farmacologiche o con impianto di pace-maker, o comunque evitare ulteriori indagini diagnostiche più complesse.

L'esame è effettuato da un medico e da un infermiere; l'esame non comporta rischi significativi; tuttavia, per una migliore gestione di eventuali disturbi successivi all'abbassamento della frequenza cardiaca e/o della pressione, l'infermiere prepara il paziente con una fleboclisi per potere eventualmente somministrare farmaci (atropina) o liquidi in caso di necessità.

L'infermiere, durante l'esame, esegue le misurazioni della pressione arteriosa, mentre il medico monitorizza il ritmo cardiaco e la presenza di eventuali sintomi.

Il paziente, che deve essere a digiuno da almeno 6 ore, viene posizionato sull'apposito lettino a 60° di inclinazione. Delle cinture assicurano il paziente al lettino. Trascorsi 20' durante i quali la frequenza cardiaca viene monitorata continuamente e la pressione misurata ogni 2 minuti, in assenza di sintomatologia significativa, viene somministrata una compressa sublinguale di nitroglicerina, allo scopo di potenziare la sensibilità dell'esame; la stazione eretta viene mantenuta per altri 10' prima di considerare negativo il test (durata totale 30'). Il paziente deve continuamente riferire al medico o all'infermiere la presenza di qualsiasi disturbo o sintomo.

Il test viene interrotto nei seguenti casi:

- 1 completamento del protocollo in assenza di sintomi (test negativo);
- 2 comparsa di sincope;
- 3 progressivo abbassamento della pressione arteriosa per più di 5' associato a qualunque disturbo pur in assenza di sincope.

In caso di sincope, severo abbassamento della pressione arteriosa e/o della frequenza cardiaca, l'esame viene interrotto posizionando il Paziente supino ed eventualmente somministrando liquidi e/o atropina.

Se ha compreso le spiegazioni ed ha deciso di sottoporsi all'esame, La preghiamo di firmare sul retro di questo foglio la sua dichiarazione di consenso.

DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE E DI CONSENSO ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME

Io sottoscritt _____ dichiaro di

essere stat ___ informat ___ in modo esauriente e comprensibile dal Dott. _____
sulle modalità di esecuzione dell'esame e sulle eventuali alternative diagnostiche.

In particolare 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.

Per quanto a mia conoscenza, dichiaro di:

non essere allergico/a a farmaci

essere allergico/a a _____

Data _____

Firma _____

Il medico _____

PER LE DONNE IN ETÀ FERTILE

Gentile Signora è importante che prima dell'indagine Lei segnali uno stato di gravidanza in atto, sospettata o anche solo possibile, affinché il medico che Le ha prescritto l'esame e lo specialista che dovrebbe eseguirlo possano preventivamente valutare assieme a Lei l'entità oggettiva del rischio, la necessità/urgenza di eseguire l'esame e l'eventuale ipotesi di rischio.

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

Data _____

Firma _____

IN CASO DI PAZIENTE INCAPACE

Dati del legale rappresentante (in caso di soggetto privo di tutto o in parte di autonomia decisionale):

Nome e Cognome (stampatello) _____

Documento _____ Firma _____ Data _____

INFORMAZIONE DATA AL PAZIENTE TRAMITE INTERPRETE E TESTIMONI

INTERPRETE:

Nome e Cognome (stampatello) _____

Documento _____ Firma _____ Data _____

TESTIMONE:

Nome e Cognome (stampatello) _____

Documento _____ Firma _____ Data _____