



INFORMAZIONI RELATIVE ALL'ESECUZIONE DI MASSAGGIO SENO-CAROTIDEO

Egr. Sig./ra _____

Il Suo medico curante Le ha consigliato l'esecuzione di un test denominato Massaggio Seno-Carotideo. La sincope è un evento caratterizzato dalla brusca e rapida perdita dello stato di coscienza associata all'incapacità di mantenere il tono posturale, con successiva caduta. Il massaggio del seno carotideo è un esame clinico provocativo che serve a diagnosticare, nei soggetti predisposti, la sincope seno-carotideo. Il test consiste nella compressione manuale di una zona laterale del collo, in corrispondenza dell'impulso carotideo rilevato con la palpazione. Il seno carotideo è costituito da un gruppo di cellule localizzate all'interno delle arterie carotidi interne destra e sinistra, con funzioni deputate al controllo e alla regolazione della pressione arteriosa e della frequenza cardiaca. In alcuni soggetti, l'attivazione del seno carotideo può causare bradicardia e ipotensione con conseguente sincope.

Durante l'esame il paziente è sotto stretto controllo sanitario e monitorato continuamente per i parametri pressione arteriosa e frequenza cardiaca. Il massaggio del seno carotideo viene eseguito effettuando una compressione manuale sul collo (in corrispondenza dell'arteria carotide) a destra e a sinistra, alternativamente, per circa 10 secondi.

Durante il test possono comparire bradicardia (riduzione della frequenza cardiaca fino all'arresto cardiaco per alcuni secondi) e/o ipotensione arteriosa (riduzione della pressione arteriosa al di sotto di 80/60 mmHg), con conseguente perdita di coscienza. Al fine di valutare l'importanza della bradicardia nel causare l'eventuale perdita di coscienza, potrà essere necessario ripetere il test dopo iniezione endovenosa di atropina, farmaco che aumenta la frequenza cardiaca. Il test sarà considerato positivo nel caso si manifesti la perdita di coscienza.

È un esame ritenuto sicuro perché riproduce in ambiente controllato un sintomo (la sincope) che il paziente ha già manifestato. La manovra non è dolorosa, ma il paziente può avvertire un leggero fastidio correlato alla compressione dei vasi del collo. È stato descritto un basso numero di complicanze (2-4 per mille) di carattere neurologico (ischemia cerebrale transitoria, ictus cerebrale). I disturbi che possono essere avvertiti dal paziente sono stanchezza agli arti, calore, sudorazione, nausea, offuscamento della vista e capogiro, ai quali potrà seguire la perdita di coscienza. Il recupero avviene generalmente entro pochi minuti. La informiamo che nel laboratorio dove viene eseguito l'esame sono disponibili attrezzature idonee ed il personale è in grado di intervenire adeguatamente per fronteggiare qualsiasi evento o emergenza si dovesse presentare.

Se Lei ha compreso le spiegazioni ed ha deciso di sottoporsi all'esame, è pregato di firmare 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 _____