



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.

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

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 insufficiente circolo coronarico, 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.

AVVERTENZE SPECIALI

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.

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 _____