

INFORMAZIONI RELATIVE ALL'ESECUZIONE DI ECOCARDIOGRAMMA CON STIMOLO FARMACOLOGICO O ECO-STRESS

Egr. Sig./ra _____

Il Suo medico curante, Dott. _____ Le ha spiegato che nel suo caso è consigliata l'esecuzione di un'indagine diagnostica denominata Eco-stress. lo scopo di quest'esame è quello di valutare il funzionamento e l'irrorazione coronaria del suo cuore durante uno stress, mediante la somministrazione di alcuni farmaci. L'esame consiste nell'esecuzione di un ecocardiogramma durante la somministrazione di un farmaco (dipiridamolo o dobutamina), per via endovenosa continua a dosi crescenti, secondo un protocollo standardizzato. Questi farmaci agiscono sul suo cuore con meccanismi diversi, ma con obiettivi simili che consistono, analogamente ad uno sforzo, nel far aumentare il lavoro cardiaco o indurre modificazioni vascolari, prevalentemente coronariche. Durante l'esame sono monitorizzati sia il suo elettrocardiogramma che la sua pressione arteriosa.

I disturbi che potrà avvertire durante la somministrazione dei farmaci, potranno essere: dolore toracico (angina), difficoltà respiratorie, sensazione di formicolio o calore al volto, palpitazioni, vertigini o cefalea. Tali disturbi scompariranno rapidamente, già nel corso dell'esame, dopo la somministrazione di un antidoto che blocca l'azione di questi farmaci.

Per questo esame:

- ci si deve presentare a digiuno dalla sera precedente;
- non devono inoltre essere assunti nelle 24 ore precedenti sostanze contenenti caffeina quali caffè, the, coca-cola, cioccolato;
- se lei sta assumendo farmaci vasodilatatori li dovrà sospendere il giorno prima dell'esame. Nel dubbio è comunque opportuno che lei faccia riferimento al medico curante od al cardiologo di fiducia;
- l'esame ha una durata di circa un'ora, ma è previsto che lei rimanga in osservazione per un'altra ora al termine della prestazione.

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 _____