



## **INFORMAZIONI RELATIVE ALL'ESECUZIONE DI STUDIO ELETTROFISIOLOGICO TRANS-ESOFAGEO**

Egr. Sig./ra \_\_\_\_\_

Il Suo medico curante, Dott. \_\_\_\_\_ Le ha spiegato che nel suo caso è consigliata l'esecuzione di un'indagine diagnostica denominata studio elettrofisiologico "trans-esofageo".

Lo studio elettrofisiologico "trans-esofageo" consente di studiare il funzionamento dell' "impianto elettrico" del cuore, valutandone normalità o eventuali anomalie, e permette anche di innescare ad arte eventuali aritmie, qualora il paziente ne sia affetto.

Alcune forme di tachicardia possono anche essere "spente" con questa procedura, che può quindi essere utilizzata anche in urgenza (ad es. come prestazione per il Pronto Soccorso).

I risultati dello studio elettrofisiologico trans-esofageo saranno preziosi, una volta correlati alla storia clinica del paziente, per guidare le successive scelte terapeutiche: ad es. indirizzare il cardiologo nella decisione di applicare o meno al paziente un pace-maker, nella scelta di un particolare tipo di farmaco, o per avviare il paziente all'ablazione trans-catetere di un'aritmia mal tollerata.

Esso richiede l'introduzione attraverso una narice di un sondino ("elettro-catetere") del calibro di 3 mm circa, che viene sospinto fino al punto in cui l'esofago viene a trovarsi a diretto contatto con l'atrio sinistro del cuore. Da tale posizione è possibile registrare l'elettrocardiogramma discriminando l'attività elettrica degli atri da quella dei ventricoli, ad es. durante aritmie molto rapide (cosa che il normale elettrocardiogramma di superficie non consente sempre di fare, in tali circostanze, e che risulta particolarmente importante per la corretta diagnosi delle diverse tachicardie).

L'introduzione dell'elettrocatetere non è pericolosa né particolarmente dolorosa, se il paziente si attiene alle istruzioni che gli vengono impartite: in particolare, gli sarà chiesto di deglutire un po' d'acqua, per facilitare l'avanzamento del sondino nell'esofago.

La registrazione dei potenziali elettrici del cuore è possibile grazie a quattro piccoli elettrodi metallici posti all'estremità distale dell'elettrocatetere, con i quali, collegandosi ad un generatore esterno, è possibile anche stimolare il cuore con sequenze programmate di impulsi elettrici a bassa energia (corrente 10 - 20 mA, durata 10 - 20 ms), avvertibili come "bruciorini" retrosternali.

Al termine dell'esame, che dura circa 30 - 40 minuti, il sondino verrà rimosso senza difficoltà e il paziente potrà lasciare l'Ospedale poco dopo, a meno di situazioni particolari come l'insorgenza di aritmie (benigne) quali la fibrillazione atriale. Questa aritmia viene spesso volutamente innescata al termine dell'esame, per valutare la cosiddetta "vulnerabilità atriale": abitualmente essa regredisce in pochi secondi o in qualche minuto, ma in persone particolarmente predisposte può non regredire spontaneamente e richiedere pertanto la somministrazione di farmaci o la cardioversione elettrica. Anche per questo motivo, preferiamo eseguire l'esame in regime di Day Hospital, aprendo pertanto appositamente una Cartella Clinica.

L'eventuale insorgenza di fibrillazione atriale durante le prime fasi dell'esame, invece, a seguito delle stesse procedure di stimolazione elettrica del cuore, ne renderà inutile la continuazione, poiché quest'aritmia implica la perdita dell'attività elettrica organizzata degli atri cardiaci.

Pur non essendovi di fatto alcun rischio di aritmie più gravi, si ricorda che nel Laboratorio ove il test viene eseguito sono disponibili attrezzature di emergenza e Personale specializzato, in grado di fronteggiare i rischi derivanti da tali (remote) eventualità.

L'esame prevede il digiuno da almeno 6 ore, la sospensione – nelle 48 ore precedenti – di eventuali farmaci ad azione bradicardizzante (es. beta-bloccanti, calcio-antagonisti, antiaritmici).

A giudizio del medico, prima dell'inizio del test potrà essere incannulata una vena periferica per l'eventuale somministrazione di farmaci durante o dopo l'esame (atropina, beta-bloccanti, anti-aritmici, fluidi).

**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 \_\_\_\_\_