

## INFORMAZIONI RELATIVE ALL'ESECUZIONE DELL'ECOCARDIOGRAMMA TRANS-ESOFAGEO

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

il suo medico curante, dott. \_\_\_\_\_,

Le ha spiegato che nel Suo caso è consigliata l'effettuazione di un'indagine diagnostica denominata ECOCARDIOGRAMMA TRANS-ESOFAGEO.

L'esame consiste nell'introduzione di una sonda ecografica attraverso la bocca fino a raggiungere l'esofago ed eventualmente lo stomaco. Trovandosi l'esofago molto vicino al cuore, l'esame ci permette di ottenere immagini ed informazioni particolarmente dettagliate delle strutture cardiache e dei grossi vasi, che non sono ottenibili con l'ecografia trans-toracica.

Per eseguire l'esame è necessario essere a digiuno da almeno 6 ore.

La procedura viene effettuata in regime ambulatoriale e ha una durata media di 10-20 min, previa preparazione.

Allo scopo di ridurre i disagi correlati alla manovra viene preventivamente spruzzata nella cavità orale una sostanza anestetica (Lidocaina spray). Successivamente il medico le proporrà e concorderete insieme l'uso di una blanda sedazione con un farmaco a breve emivita.

Non viene praticata di routine la profilassi antibiotica riservata ai pazienti con rischio elevato (es. pregresse endocarditi o protesi valvolari).

È un esame sicuro, incidenti che ne causino l'interruzione avvengono solo nell'1% dei casi.

È necessario inoltre che, per poter prevenire difficoltà o complicanze collegate a situazioni patologiche preesistenti, Lei informi il medico riguardo ad eventuali:

- allergie da farmaci (se si specificare quali)
- glaucoma
- malattie polmonari
- disturbi gastrici o di deglutizione o malattie dell'esofago
- epatiti o altre infezioni.

Si consiglia inoltre dopo la procedura:

- 2 ore di digiuno
- non assumere cibi o bevande calde per l'intera giornata
- non guidare per le 12 ore successive all'esame.

Ulteriori informazioni potranno esserLe fornite dal medico operatore, che risponderà anche ad eventuali domande.

**Se ha compreso le spiegazioni ed ha deciso di sottoporsi al trattamento 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 \_\_\_\_\_