



## 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 coronarica 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 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 rischi insiti nell'indagine pure se prescritta e condotta secondo arte e secondo le più moderne conoscenze mediche sono rari, gli effetti collaterali che l'ecostress farmacologico ha provocato nello 0,0012% (REV ESP CARDIOL 2001; 54:941-948) sono:

- Gravi aritmie ventricolari (fibrillazione e tachicardia ventricolari 0,06%);
- Blocco atrio-ventricolare completo (0,009%);
- Rotture di cuore (0,009%), ipotensione (0,00005%), gravi aritmie sopraventricolari (0,015%);
- Crisi ipertensive (0,0008%);
- Infarto miocardico acuto e/o ischemia cardiaca con necessità di eseguire d'urgenza un'angioplastica coronarica, in casi eccezionali anche la morte (2 casi ogni 10000 pazienti esaminati).

Per qualsiasi urgenza o emergenza sono prontamente disponibili apparecchiature e personale addestrato.

### 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;
- l'eventuale sospensione della terapia farmacologica in atto dovrà esserLe indicata dal medico che Le ha consigliato l'esame.

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

- il giorno dell'esame dovrà essere accompagnato.

Il medico la informerà dei rischi specificamente connessi con la Sua situazione, ma potrà anche assicurarLe che, sulla base della consolidata esperienza clinica, i benefici che si intendono realizzare sono proporzionati e giustificano l'esposizione a possibili effetti indesiderati.

**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 ECOCARDIOGRAMMA DA STRESS FARMACOLOGICO

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, i benefici che si intendono realizzare giustificano l'esposizione a possibili effetti indesiderati.

Preso atto di tutte le informazioni, comprese le eventuali opzioni diagnostiche alternative,

**acconsento**

**non acconsento all'indagine proposta**

Dichiaro 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 situazioni non fosse possibile interpellarmi, autorizzo sin d'ora ogni trattamento giudicato utile/necessario.

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 rinvio.

La sua firma "per presa visione" indica che ha bene compreso tutte le informazioni e che **acconsente** all'espletamento dell'esame.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

### INFORMAZIONE DATA AL PAZIENTE TRAMITE INTERPRETE E TESTIMONI

#### INTERPRETE:

Nome e Cognome (stampatello) \_\_\_\_\_

Documento \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

#### TESTIMONE:

Nome e Cognome (stampatello) \_\_\_\_\_

Documento \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

### REVOCA DEL CONSENSO

prima dell'inizio del trattamento

nel corso del trattamento

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_