

CONSENSO INFORMATO PER L'ESECUZIONE DELL'ECOSTRESS CON PACING

Allo scopo di:

- definire la natura dei disturbi cardiaci da me accusati;
- accertare lo stato del sistema cardiovascolare;
- decidere sull'ulteriore iter clinico e terapeutico grazie alle specifiche cognizioni che derivano da questa indagine,

io sottoscritta/o _____, nata/o a _____
il _____ acconsento volontariamente ad essere sottoposto ad ecostress con pacing.

io sottoscritta/o _____, nata/o a _____
il _____ in qualità di genitore/amministratore di sostegno/tutore legale di
_____ nata/o a _____ il _____
acconsento che sia sottoposto ad ecostress con pacing

Prima di sottopormi alla procedura, ho avuto un colloquio con

- il medico che mi ha indirizzato all'indagine, Dott. _____
- il medico del laboratorio di ecocardiografia, Dott. _____

Sono stato pertanto informato che l'esame consiste in varie fasi:

- collegamento del pacemaker di cui sono portatore allo specifico programmatore da parte di personale specializzato che provvederà ad aumentare progressivamente la frequenza di stimolazione del pacemaker secondo protocolli stabiliti dalle linee guida internazionali;
- esecuzione di un ecocardiogramma prima, durante e dopo la stimolazione con pacing con l'eventuale ausilio di un mezzo di contrasto ecografico (SonoVue) per migliorare la visualizzazione delle pareti del cuore (vedi consenso informato specifico);
- durante l'esame verrà registrato continuamente l'elettrocardiogramma e verrà misurata la pressione arteriosa ad intervalli regolari;
- la stimolazione con pacing provoca un aumento della frequenza cardiaca simile a quella che si verifica durante lo sforzo fisico, con un relativo aumento del fabbisogno di ossigeno del muscolo cardiaco. Pertanto, in presenza di ostruzioni (stenosi) significative delle arterie coronarie può indurre ischemia miocardica;
- in caso di presenza di ostruzioni significative delle arterie coronarie potranno insorgere alcuni dei disturbi (sintomi) che possono caratterizzare l'esame (vedi oltre);
- l'esecuzione dell'ecocardiogramma durante la stimolazione con pacing consente di valutare la funzione (movimento e ispessimento) delle singole pareti del ventricolo sinistro. In caso di presenza di ostruzioni significative delle arterie coronarie, l'insorgenza di alterazioni di tale funzione durante il test contribuirà alla diagnosi di tali ostruzioni coronariche.
- Alla fine del test verranno ripristinati i normali parametri di funzione del pacemaker.

Sono stato altresì informato che la procedura, ancorché effettuata secondo Leges Artis, comporta una incompressibile percentuale di disturbi e complicanze ed in particolare:

- dei disturbi che, eventualmente, potranno insorgere durante l'indagine (dolore al petto, difficoltà a respirare, palpitazioni, sudorazione, senso di mancamento);
- della necessità di avvertire tempestivamente il personale medico e infermieristico non appena si dovessero manifestare dei sintomi, in modo tale che il medico potrà decidere se interrompere l'esame;
- dei rischi insiti nell'indagine (insorgenza di infarto miocardico acuto, aritmie gravi, arresto cardiaco, decesso, quest'ultimo con una frequenza inferiore a 1/10.000), pure se prescritta e condotta secondo arte e secondo le più moderne conoscenze mediche;

- che le apparecchiature ed i farmaci necessari ed il personale medico ed infermieristico addestrato per fronteggiare qualsiasi emergenza od urgenza saranno prontamente disponibili;
- delle eventuali alternative diagnostiche;
- del diritto a ritirare il mio consenso in qualsiasi momento senza alcuna spiegazione.

Sono stato infine informato che la NON ESECUZIONE dell'indagine implica:

- una incompletezza nell'iter diagnostico;
- quindi una carente formulazione della diagnosi finale;
- l'inizio o la prosecuzione della terapia in termini empirici, ovvero la impossibilità di stabilire una corretta terapia, con tutto ciò che ne deriva per la mia salute in termini di prognosi.

Prima dell'esecuzione dell'esame sono stato esaminato da un cardiologo il quale ha accertato che non sussistono condizioni per cui il test debba essere rinviato o non eseguito.

Ho letto e compreso quanto sopra e ho ottenuto risposta ad ogni mia richiesta di chiarimento.

Luogo, data

Firma del medico proponente l'esame

Firma del medico che esegue l'esame

Firma del paziente