

ESECUZIONE DI ECOSTRESS FARMACOLOGICO

Informazioni per la preparazione e l'esecuzione dell'esame

- 1) PER L' ESAME INDOSSARE ABBIGLIAMENTO COMODO
- 2) NON FUMARE NELLE TRE ORE PRECEDENTI IL TEST.
- 3) **E' NECESSARIO CHE L'ESAME SIA ESEGUITO A DIGIUNO E SENZA L'ASSUNZIONE DI CAFFE', THE', CIOCCOLATA E BEVANDE A BASE DI COLA PER ALMENO 24 ORE PRIMA DELL'ESAME.**
- 4) **NEL CASO DI PAZIENTI DIABETICI IN TERAPIA CON INSULINA CONTATTARE IL MEDICO DI BASE PER LA GESTIONE DELLA TERAPIA.**
- 5) **PRIMA DELLA PROVA, SE E' POSSIBILE OCCORRE RASARE IL TORACE PER OTTENERE UNA BUONA ADESIONE DEGLI ELETTRODI.**
- 6) **PORTARE TUTTA LA DOCUMENTAZIONE CARDIOLOGICA, la TERAPIA FARMACOLOGICA in corso ed altra documentazione clinica personale (malattie vascolari, malattie polmonari, etc...)**
- 7) **PER IL MEDICO CURANTE O IL MEDICO CHE HA RICHiesto L'ESAME SPECIFICARE SULL'IMPEGNATIVA LA FINALITÀ DELL'ESAME E COMUNICARE AL PAZIENTE LE MODALITÀ DI ASSUNZIONE DEI FARMACI PRIMA DELL' ESECUZIONE:**
 - se l'**esame** è di tipo **valutativo** per la terapia farmacologia in atto, specificare i farmaci e le dosi assunte e prendere la terapia come da schema giornaliero;
 - se l'**esame** è di tipo **diagnostico**, in questo caso bisognerà sospendere la terapia
 - beta bloccante almeno 3 giorni prima dell' esame
 - nitroderivati almeno 1 giorni prima dell' esame
 - calcioantagonisti da almeno 1 giorno prima dell' esame

L'ESAME PREVEDE IL CONSENSO INFORMATO IN CUI TESTO VIENE CONSEGNATO IN ALLEGATO. DOVRA' ESSERE FIRMATO ALLA PRESENZA DEL MEDICO CHE ESEGUE L'ESAME IN QUALE POTRA' FORNIRE LE ULTERIORI INFORMAZIONI E CHIARIMENTI RICHIESTI.

Il Dott. _____ ha accertato che non sono presenti motivi clinici per cui l'esame debba essere rinviato o sospeso e mi ha illustrato le specifiche modalità di esecuzione dell'esame. Sono stato perciò messo al corrente che l'esame consta di un'ecografia cardiaca che viene eseguita durante infusione endovenosa a dosi crescenti di un farmaco, la **dobutamina** o il **dipiridamolo** che in presenza di una malattia delle coronarie può provocare una ischemia (cioè una carenza relativa di ossigeno) del muscolo cardiaco (il miocardio): tale ischemia si manifesta solitamente con alterazioni del movimento delle pareti del cuore visibili con l'ecocardiogramma e che permettono di identificare la sede (quindi la coronaria malata) e l'estensione di un'eventuale patologia coronarica.

Durante questo esame viene continuamente registrato l'elettrocardiogramma e, ogni 2-3 minuti, l'ecocardiogramma e la pressione arteriosa.

Sono stato altresì messo al corrente:

- dei disturbi che eventualmente potranno insorgere durante l'indagine (palpitazione, formicolii al viso e agli arti superiori, sensazione di battito cardiaco progressivamente più veloce ed intenso, mal di testa, senso di vertigine, nausea, respirazione difficoltosa, malessere;
- della necessità di avvertire tempestivamente il personale medico ed infermieristico non appena si dovessero manifestare dei disturbi, con particolare riguardo a respirazione difficoltosa, dolore toracico, senso di svenimento;
- dei rischi insiti nell'indagine pure se prescritta e condotta secondo arte e secondo le più moderne conoscenze mediche;
- in letteratura (Rev Esp Cariol 2001; 54:941-948) è stato segnalato che in rari casi (0,0012%) l'eco-stress ha provocato effetti collaterali gravi: aritmie ventricolari (fibrillazione e tachicardia ventricolare- 0,06%), blocco atrio ventricolare completo (0,009 %), rotture di cuore (0,009%), ipotensione (0,00005%), gravi aritmie sopraventricolari (0,015%), crisi ipertensiva (0,008%), infarto miocardico acuto e/o ischemia cardiaca con necessità di eseguire d'urgenza una angioplastica coronarica (0,02%), in casi eccezionali anche la morte (2 casi ogni 10.000 pazienti esaminati 0,005%);
- che le apparecchiature necessarie e personale addestrato per fronteggiare qualsiasi emergenza od urgenza saranno prontamente disponibili;
- che il test viene interrotto, su giudizio del Cardiologo, quando sono state ottenute sufficienti informazioni o quando compaiono sintomi o segni che ne consigliano la sospensione;
- delle eventuali alternative diagnostiche;
- del diritto di non voler procedere a tale diagnostica e quindi di non firmare tale consenso.

Sono stato infine informato che la non esecuzione dell'indagine potrebbe implicare:

- un'incompletezza nell'iter diagnostico;
- quindi una carente formulazione della diagnosi finale o la necessità di ricorrere ad indagini alternative più complesse;
- l'inizio o la prosecuzione della terapia in termini empirici, ovvero la limitata possibilità di stabilire una corretta terapia con tutto ciò che ne deriva in termini di prognosi.

Ho letto e compreso quanto sopra e ho ottenuto risposta ad ogni mia richiesta e/o chiarimento per cui allo scopo di:

- diagnosticare e quantificare le conseguenze funzionali di eventuali malattie delle mie coronarie;
- definire la prognosi dell'eventuale malattia coronarica in termini di possibili conseguenze;
- pianificare l'ulteriore gestione clinico - terapeutica relativa alla mia malattia di cuore.

U.O. di Cardiologia
Responsabile Dott. M. Bianchi

CONSENSO INFORMATO PER L'ESECUZIONE DI ECOSTRESS FARMACOLOGICO

Nel rapporto tra medico e paziente si ritiene necessario ed eticamente corretto un ruolo consapevole e attivo di quest'ultimo in relazione agli esami diagnostici invasivi e al trattamento e ai quali volontariamente si sottopone.

Per questa ragione, con il presente documento, Lei viene informato ed il medico che glielo sottopone e glielo illustra Le fornirà ogni più ampia e chiara informazione necessaria alla sua comprensione e si accerterà che Lei abbia bene compreso quanto viene qui di seguito sottoposto alla sua attenzione e alla finale sottoscrizione.

È importante che Lei ritenga le spiegazioni fornite esaurienti e chiare e, in particolare, abbia bene presente quanto Le viene proposto per ottenere un trattamento terapeutico appropriato. Di seguito, Le verranno indicati i benefici in relazione a quanto Le verrà praticato, i possibili rischi e le eventuali alternative, così da consentirle una volontaria e conseguentemente consapevole decisione in merito. Per questo Le viene fornita anche per iscritto un'informazione quanto più dettagliata e completa possibile, per rendere comprensibile ed esauriente l'esposizione. Se lo ritenesse necessario, non abbia timore nel richiedere le ulteriori informazioni che crede utili al fine di risolvere eventuali dubbi o chiarire aspetti di quanto esposto che non ha pienamente compreso. La invitiamo pertanto, prima di prestare il suo consenso scritto firmando il presente modulo, a chiarire con il medico che glielo sottopone ogni aspetto che non Le appare sufficientemente comprensibile.

Io sottoscritto _____ confermo di avere avuto, in data odierna, un colloquio informativo con il/la Dott. / Dott.ssa

il/la quale mi ha spiegato che a motivo della patologia di cui sono affetto,

DIAGNOSI

è necessario/opportuno intraprendere l'esecuzione del:

ECOSTRESS FARMACOLOGICO

A tal proposito sono stato informato, in modo completo e da me comprensibile, in ordine:

- alla mia diagnosi risultante dalla visita e/o dall'esame;
- al trattamento più adeguato, ai tempi e alle modalità di attuazione;
- ai potenziali benefici del trattamento;
- alle possibili complicazioni, ai rischi e ai relativi ulteriori interventi medici;
- alle possibilità di insuccesso;
- ai rischi particolari legati al mio caso;
- ai disagi che potrebbero verificarsi a seguito del trattamento;
- ai tempi e alle modalità di recupero;
- alle opzioni terapeutiche alternative al trattamento diagnostico/terapeutico propostomi;
- compreso il non trattamento e gli annessi rischi;
- alle dotazioni strumentali necessarie.

U.O. di Cardiologia
Responsabile Dott. M. Bianchi

Confermo inoltre:

- di avere avuto la possibilità di fare domande sul trattamento propostomi e che il medico si è reso disponibile per eventuali ulteriori chiarimenti;
- di essere a conoscenza della possibilità di dover firmare un nuovo modulo qualora il trattamento si suddivida in diversi momenti, in dipendenza dei quali potrebbero sorgere rischi per la mia salute;
- di essere stato informato della possibilità di revocare il mio consenso qualora non voglia più proseguire la cura;
- di sapere che ove si rendessero necessarie modifiche rispetto a quanto già discusso, dovrò manifestare di nuovo il mio consenso;

Intendo dunque, liberamente e coscientemente, sottopormi al trattamento consigliatomi, avendo ricevuto le informazioni necessarie per valutarne l'opportunità.

ATTO DI CONSENSO

Con la presente dichiarazione, da valere come manifestazione piena, libera ed incondizionata della mia volontà, io sottoscritto dichiaro di avere ricevuto e compreso le informazioni sopra elencate sinteticamente ed esposte nel documento tecnico allegato e:

<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Do il consenso</p> <p>Firma del Paziente, tutore/genitore _____</p> <p>Firma del Medico _____ <i>(timbro o matricola e firma leggibile)</i></p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Non do/revoco il consenso</p> <p>Firma del Paziente, tutore/genitore _____</p> <p>Firma del Medico _____ <i>(timbro o matricola e firma leggibile)</i></p>
<p>Data: _____</p>	

Dati del dichiarante:

- paziente
- tutore del paziente inabilitato
- genitori del paziente minorenni esercenti la patria potestà

in stampatello riportare nome e cognome e data di nascita del dichiarante, se diverso dal paziente:

Firma dell'altro genitore _____

Indicare il nominativo dell'eventuale mediatore / interprete utilizzato _____

