



I presenti consensi, seppure redatti secondo le raccomandazioni ad oggi disponibili, hanno carattere indicativo e non vincolante e potrebbero necessitare di specifica approvazione da parte della Direzione Sanitaria delle Aziende presso le quali vengono utilizzati

CONSENSO INFORMATO PER L'ESECUZIONE DI ECOCONTRASTOGRAFIA PER LA DIAGNOSI DI SHUNT INTRACARDIACO

Allo scopo di definire la natura dei seguenti disturbi cardiaci da me accusati:

con la finalità di decidere sull'ulteriore iter clinico e terapeutico grazie alle specifiche cognizioni che derivano da questa indagine, io sottoscritto/a _____ nata/o a _____ il _____

io sottoscritto/a _____ nata/o a _____ il _____ in qualità di genitore/amministratore di sostegno/tutore legale di _____ nata/o a _____ il _____

Dichiaro che

Prima di sottopormi alla procedura, ho avuto un colloquio con il medico che mi ha indirizzato all'indagine.

Sono stato pertanto informato, ai sensi della Legge 219/2017, dal medico che mi sottopone all'esame Dott. _____ che trattasi di un esame ecocardiografico che prevede la somministrazione per via endovenosa di una soluzione fisiologica agitata tramite due siringhe che determina la formazione di microbolle per individuare una comunicazione all'interno del cuore tra le sezioni destre e sinistre (forame ovale pervio , un difetto del setto interatriale o di una fistola artero-venosa polmonare).

Tale indagine consente di:

- verificare se la natura del disturbo ischemico cerebrale (ictus/TIA) possa essere di natura cardiaca;
- verificare se l'emiparesi da cui sono affetto è associata a pervietà interatriale
- verificare con quali modalità dovrà essere effettuato l'intervento di neurochirurgia a cui devosottopormi;
- verificare se posso effettuare senza rischi attività subacquea;
- decidere sull'ulteriore iter clinico e terapeutico grazie alle specifiche cognizioni che derivano da questa indagine,



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

- reperimento di una via venosa per l'infusione della soluzione salina;
- preparazione di una soluzione fisiologica sonicata ottenuta mediante miscelazione manuale tra due siringhe collegate con un rubinetto in modo da creare piccolissime bolle
- infusione endovenosa della soluzione salina secondo protocolli stabiliti dalle linee guida internazionali;
- esecuzione di un ecocardiogramma prima, durante e dopo l'infusione endovenosa della soluzione salina sonicata;
- registrazione continuativa di elettrocardiogramma e misurazione della pressione arteriosa ad intervalli regolari.
- in alcuni casi potrà essere effettuata la manovra di Valsalva che consente di aumentare la pressione in atrio destro e accentuare il passaggio di microbolle in atrio sinistro

Sono stato informato ed ho avuto la possibilità di ricevere i chiarimenti necessari in merito:

- che i mezzi di contrasto utilizzati sono del tutto diversi da quelli radiologici;
- della comparsa di lievi effetti collaterali che, eventualmente, potranno insorgere durante l'indagine: palpitazioni, tremori, sudorazione, senso di calore diffuso, rossore del viso, senso di mancamento, cefalea (con una frequenza inferiore a 1/700);

Sono inoltre consapevole:

- 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:

- un'incompletezza nell'iter diagnostico e quindi una carente formulazione della diagnosi finale;
- l'inizio o la prosecuzione della terapia in termini empirici;
- l'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 controindicazioni o condizioni per cui il test debba essere rinviato o non eseguito.

Ho letto e compreso quanto sopra.

Ho posto le seguenti domande:

Ricevendo le seguenti risposte:



Confermo quanto sopra e decido di:

- Accettare di eseguire l'ecocardiogramma con somministrazione di microbolle
- Non accettare di eseguire l'ecocardiogramma con somministrazione di microbolle

Luogo, data

Firma del medico che esegue l'esame
veci

Firma del paziente o di chi ne fa le

ESEMPIO