

CONSENSO INFORMATO PER L'ESECUZIONE DI ECOCARDIOCOLORDOPPLER TRANSTORACICO CON BUBBLE TEST PER LA DIAGNOSI DI PERVIETÀ INTERATRIALE

Il test delle microbolle in corso di ecocardiocolorDoppler Transtoracico è un'indagine diagnostica volta all'individuazione di shunts destro-sinistro (passaggio anomalo di sangue non ossigenato nel circolo arterioso) a carico del setto interatriale.

Il test delle microbolle è un'indagine di semplice esecuzione e scevro da effetti collaterali, non richiede alcuna preparazione e permette di ritornare alle proprie attività senza problemi subito dopo l'esame. Consiste in un'ecocardiografia, durante la quale viene infusa, da una vena superficiale del braccio, una soluzione composta da 9 cc di fisiologica e 1 cc d'aria che vengono rapidamente mescolate in modo da creare piccolissime bolle che non hanno alcuna interferenza nell'organismo.

Dopo 5 secondi dall'infusione (quando l'atrio destro si opacizzerà) verrà chiesto al paziente di effettuare una manovra di Valsalva che consente di aumentare la pressione nell'atrio destro (soffiando dentro una siringa oppure cercando di soffiare un palloncino).

In caso di comunicazione anomala tra atrio destro e sinistro si assisterà al passaggio di bolle nelle camere atriali sinistre. La tempistica di passaggio di tali bolle potrà indirizzare sulla sede di questo passaggio anomalo.

Allo scopo di:

- Verificare se la natura del disturbo ischemico cerebrale (ictus/TIA) possa essere di natura cardiaca
 - Verificare se l'emicrania da cui sono affetto è associata a pervietà interatriale
 - Verificare con quali modalità dovrà essere effettuato l'intervento di neurochirurgia a cui devo sottopormi
 - Verificare se posso effettuare senza rischi attività subacquee
 - Decidere sull'ulteriore iter clinico e terapeutico grazie alle specifiche cognizioni che derivano da questa indagine
- Io sottoscritto/a _____, nata/o _____ il _____ acconsento volontariamente ad essere sottoposto/a ad esame ecocardiografico con contrasto endovenoso.
- Io sottoscritto/a _____, nata/o a _____ il _____ in qualità di genitore/amministratore di sostegno/tutore legale di _____ nata/o a _____ il _____ acconsento che sia sottoposto/a ad o ad esame ecocardiografico con contrasto endovenoso.

Prima di sottopormi alla procedura,

ho avuto un colloquio con il medico che ha prescritto l'indagine, Dott. _____

ho avuto un colloquio con il medico cardiologo che esegue l'indagine, Dott. _____

il quale mi ha illustrato le specifiche modalità di esecuzione del test.

Sono stato perciò messo al corrente che l'esame consta di un ecocardiogramma eseguito con la somministrazione endovena di contrasto che potrà essere:

- soluzione fisiologica miscelata con aria

Sono stato altresì messo al corrente:

- Che i mezzi di contrasto utilizzati sono del tutto diversi da quelli radiologici
- Che l'ecocontrastografia con soluzione salina non determina reazioni avverse.
- Potrei, nel corso dell'esame, avere dei colpi di tosse che, però, scompariranno nei minuti successivi

BIANALISI S.p.A.

Sede Legale: Via San Rocco 42/44 – 20851 Lissone (MB)

Cod. Fisc. 02235840150 - P. IVA 00731780961 - REA MB – 757881 - Cap. Soc. € 70.000,00

PEC: bianalisi@pec.eleusi.at

Sede Operativa: Via Vincenzo Alliata 1 - 21047 Saronno (VA)

Tel. 02-962821 - Email: posta.meditel@bianalisi.it - Sito Web www.meditel-group.it

Struttura Accreditata Regione Lombardia N. 1427 Direttore Sanitario: Dr. Pasquale Cannatelli  Regione Lombardia

- Che non ci sono attualmente alternative diagnostiche;
- Che posso sottopormi al test anche se in corso di gravidanza.
- 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 controindicazioni o 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.

Il/la sottoscritto/a _____
dichiara di essere stato informato esaurientemente in merito all'esame ecocardiografico con Bubble Test da eseguire, sulle indicazioni e gli eventuali rischi e conseguenze che da esso possono derivare. Confermo di aver ben compreso le spiegazioni che mi sono state fornite (attraverso questo foglio) e pertanto acconsento a sottopormi a questa procedura.

Data ____/____/____ Firma _____

Data ____/____/____ Firma del Medico _____

BIANALISI S.p.A.

Sede Legale: Via San Rocco 42/44 – 20851 Lissone (MB)

Cod. Fisc. 02235840150 - P. IVA 00731780961 - REA MB – 757881 - Cap. Soc. € 70.000,00

PEC: bianalisi@pec.eleusi.at

Sede Operativa: Via Vincenzo Alliata 1 - 21047 Saronno (VA)

Tel. 02-962821 - Email: posta.meditel@bianalisi.it - Sito Web www.meditel-group.it

Struttura Accreditata Regione Lombardia N. 1427 Direttore Sanitario: Dr. Pasquale Cannatelli  Regione Lombardia