PEDERZOLI

Preparazione valida per l'Ospedale Pederzoli di Peschiera del Garda

NORME DI PREPARAZIONE

ECOCOLORDOPPLER CARDIACO SOTTO PROVA FISICA O FARMACOLOGICA (ECOSTRESS)

Il giorno precedente all'esame, il paziente **non deve assumere**: thè, caffè, coca cola, chinotto, banane, kiwi e cioccolato.

Il giorno fissato dell'esame presentarsi con:

- **Digiuno dalla mezzanotte.**
- **Tessera sanitaria.**
- **Richiesta del Medico** (rossa, dematerializzata o su carta intestata con quesito diagnostico).
- **Documentazione riguardante la problematica in esame.**

ATTENZIONE

Se non diversamente specificato dal medico che richiede l'esame, assumere la terapia secondo lo schema abituale.

NOTA:

Si prega cortesemente di segnalare appena possibile eventuali impedimenti che rendessero impossibile l'esecuzione dell'esame telefonando al numero 045/6449230.

Gentile Sig./Sig.ra_____,

con la presente La informiamo che, per la sua situazione clinica, Le viene proposta l'esecuzione di una **ECO-STRESS CON INFUSIONE DI DIPIRIDAMOLO.**

Etichetta nosografica

CHE COSA E': E' una ecocardiografia cardiaca con infusione di dipiridamolo, un farmaco vasodilatatore utilizzato per indurre ischemia del miocardio. In presenza di malattia aterosclerotica coronarica, l'ischemia si manifesta con alterazioni del movimento del cuore visibili all'ecocardiogramma.

COME SI SVOLGE: Durante l'esame vengono monitorizzati l'ecocardiogramma, l'elettrocardiogramma, la pressione arteriosa e la saturazione dell'ossigeno. Si infonde il farmaco in base al peso corporeo, mediante una pompa per infusione. Il paziente deve tempestivamente avvisare il medico e l'infermiere se durante l'esame si manifestano disturbi come: nausea, senso di vertigine, mal di testa, dolore al petto, affanno, malessere generale. Il medico valuterà l'eventualità di interrompere il test. Generalmente tali disturbi regrediscono con la sospensione del farmaco e con la somministrazione di aminofillina .

COMPLICANZE: Questo esame è largamente impiegato e di riconosciuta utilità. L'esecuzione del test può provocare effetti collaterali più lievi e molto raramente effetti collaterali seri (variazioni della pressione arteriosa, disturbi del ritmo cardiaco, infarto miocardio, scompenso cardiaco acuto). Sono disponibili apparecchiature di emergenza e personale addestrato in grado di ridurre eventuali rischi.

Per presa visione

Data_____ Firma _____

Io sottoscritto/a _____
dopo aver discusso con il medico della mia situazione clinica ed aver ottenuto in proposito chiare risposte ad ogni mia domanda, ho compreso che, allo scopo di migliorare la situazione attuale e/o di evitare peggioramenti, si rende necessario:

ECO-STRESS CON INFUSIONE DI DIPIRIDAMOLO

Ritengo di aver ricevuto esaurienti notizie in merito al trattamento proposto, anche mediante la lettura di fogli informativi, il cui contenuto mi è stato comunque ampiamente illustrato dal medico.

Mi è noto che in ogni trattamento sanitario vi è possibilità di conseguenze dannose, a volte anche imprevedibili, nonostante il corretto comportamento dell'operatore.
Ho discusso con il medico della mia specifica situazione ed ho comunque appreso che, sulla base della consolidata esperienza clinica, i benefici che si intendono realizzare giustificano l'esposizione al rischio dei possibili effetti indesiderati.

Preso atto di tutte le informazioni, comprese quelle relative a eventuali trattamenti diversi da quelli proposti, ritengo di aver ottenuto gli elementi indispensabili per giungere ad una scelta consapevole. Pertanto, certo/a che un mio eventuale rifiuto non comporterà conseguenze per quanto riguarda la prosecuzione dell'assistenza secondo necessità,

- ❑ **acconsento**
- ❑ **non acconsento, pur consapevole delle conseguenze legate a questa mia decisione**

al trattamento proposto.
Sono a conoscenza del fatto che, dinanzi ad impreviste difficoltà, il medico potrebbe giudicare necessario modificare la procedura concordata; se in tali circostanze non fosse possibile interpellarmi, autorizzo sin d'ora il cambiamento, al solo scopo di fronteggiare le complicanze.

Inoltre,

- ❑ **acconsento**
- ❑ **non acconsento**

che, nel corso di tali procedure, vengano eseguite riprese filmate e/o fotografiche da utilizzare in ambito medico per il miglioramento delle conoscenze scientifiche. Tali registrazioni foto/video potrebbero essere comunque conservate, in forma del tutto anonima e senza alcuna possibilità di collegarle ai Suoi dati, per eventuali necessità didattiche o dimostrative.

Data _____

Firma _____

Il medico proponente Dott. _____

Gentile Sig./Sig.ra _____, con la presente La informiamo che, per la sua situazione clinica, Le viene proposta l'esecuzione di un **ECO-STRESS CON INFUSIONE DI DOBUTAMINA.**

Etichetta nosografica

CHE COSA E': E' una ecocardiografia cardiaca con l'infusione di dobutamina, un farmaco che aumenta la contrattilità e la frequenza cardiaca per indurre ischemia del miocardio. In presenza di malattia aterosclerotica coronarica, l'ischemia si manifesta con alterazioni del movimento del cuore visibili all'ecocardiogramma .

COME SI SVOLGE: Durante l'esame vengono monitorizzati l'ecocardiogramma, l'elettrocardiogramma, la pressione arteriosa e la saturazione dell'ossigeno. Si infonde il farmaco in base al peso corporeo, mediante una pompa per infusione. Il paziente deve tempestivamente avvisare il medico e l'infermiere se durante l'esame si manifestano disturbi come: palpitazioni, nausea, senso di vertigine, mal di testa, dolore al petto, affanno, malessere generale. Il medico valuterà l'eventualità di interrompere il test. Generalmente tali disturbi regrediscono con la sospensione del farmaco e con la somministrazione di un betabloccante (se non presenti controindicazioni).

COMPLICANZE: Questo esame è largamente impiegato e di riconosciuta utilità. L'esecuzione del test può provocare effetti collaterali più lievi e molto raramente effetti collaterali seri (variazioni della pressione arteriosa, disturbi del ritmo cardiaco, infarto miocardio, scompenso cardiaco acuto). Sono disponibili apparecchiature di emergenza e personale addestrato in grado di ridurre eventuali rischi.

Per presa visione

Data _____ Firma _____

Io sottoscritto/a _____
dopo aver discusso con il medico della mia situazione clinica ed aver ottenuto in proposito chiare risposte ad ogni mia domanda, ho compreso che, allo scopo di migliorare la situazione attuale e/o di evitare peggioramenti, si rende necessario:

ECO-STRESS CON INFUSIONE DI DOBUTAMINA

Ritengo di aver ricevuto esaurienti notizie in merito al trattamento proposto, anche mediante la lettura di fogli informativi, il cui contenuto mi è stato comunque ampiamente illustrato dal medico.

Mi è noto che in ogni trattamento sanitario vi è possibilità di conseguenze dannose, a volte anche imprevedibili, nonostante il corretto comportamento dell'operatore.
Ho discusso con il medico della mia specifica situazione ed ho comunque appreso che, sulla base della consolidata esperienza clinica, i benefici che si intendono realizzare giustificano l'esposizione al rischio dei possibili effetti indesiderati.

Preso atto di tutte le informazioni, comprese quelle relative a eventuali trattamenti diversi da quelli proposti, ritengo di aver ottenuto gli elementi indispensabili per giungere ad una scelta consapevole.
Pertanto, certo/a che un mio eventuale rifiuto non comporterà conseguenze per quanto riguarda la prosecuzione dell'assistenza secondo necessità,

- ❑ **acconsento**
- ❑ **non acconsento, pur consapevole delle conseguenze legate a questa mia decisione**

al trattamento proposto.
Sono a conoscenza del fatto che, dinanzi ad impreviste difficoltà, il medico potrebbe giudicare necessario modificare la procedura concordata; se in tali circostanze non fosse possibile interpellarmi, autorizzo sin d'ora il cambiamento, al solo scopo di fronteggiare le complicanze.

Inoltre,

- ❑ **acconsento**
- ❑ **non acconsento**

che, nel corso di tali procedure, vengano eseguite riprese filmate e/o fotografiche da utilizzare in ambito medico per il miglioramento delle conoscenze scientifiche. Tali registrazioni foto/video potrebbero essere comunque conservate, in forma del tutto anonima e senza alcuna possibilità di collegarle ai Suoi dati, per eventuali necessità didattiche o dimostrative.

Data _____

Firma _____

Il medico proponente Dott. _____