PEDERZOLI

Preparazione valida per l'Ospedale Pederzoli di Peschiera del Garda

NORME DI PREPARAZIONE
HEAD-UP TILT TEST

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 ed esami precedenti** riguardante la problematica in esame.

ATTENZIONE

La mattina dell'esame non deve assumere farmaci.

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 un **HEAD UP TILT TEST.**

Etichetta nosografica

CHE COSA E': Il tilt-test è un esame non invasivo che consente di monitorizzare la frequenza cardiaca e la pressione arteriosa durante variazioni passive della postura. Si esegue perché i vostri disturbi potrebbero dipendere da modificazioni della frequenza cardiaca e/o della pressione arteriosa.

COME SI SVOLGE : E' importante il digiuno assoluto, non aver assunta terapia orale e la rimozione di protesi dentarie. L'esame si effettua in ambulatorio attrezzato, su un lettino basculante. Prima dell'esecuzione dell'esame verrà reperita una via venosa. Durante tutto l'esame vengono costantemente monitorizzati elettrocardiogramma e pressione arteriosa. Il medico eseguirà il massaggio del seno carotideo; il lettino verrà poi posizionato ad un'inclinazione di 60 ° per circa 30 minuti o fino al momento della comparsa dei disturbi. Se dopo il tempo massimo non accuserete nessun sintomo e non vi saranno modificazioni dei parametri, il medico deciderà se somministrare un farmaco vasodilatatore per via sub-linguale (nitroderivato). La somministrazione di tale farmaco potrebbe determinare abbassamento della pressione, cefalea, tachicardia momentanee. Si prosegue l'esame per ulteriori 10 minuti circa. Alla comparsa di segni o sintomi verrete posizionati in Trendelemburg (testa più bassa) in modo rapido 10/15 secondi e l'infermiera avvisa il cardiologo con il dispositivo di allarme per il suo pronto intervento.

COMPLICANZE: La percentuale di complicanze è molto bassa; normalmente la perdita di coscienza si risolve spontaneamente con l'assunzione della posizione di Trendelemburg. Raramente può essere necessaria la somministrazione di atropina e.v. e praticare brevi manovre di rianimazione cardiopolmonare. Sono disponibili apparecchiature di emergenza e personale specializzato in grado di fronteggiare prontamente qualsiasi complicanza.

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:

HEAD UP TILT TEST

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. _____