

Gentile Sig./Sig.ra _____,
con la presente La informiamo che, per la sua situazione clinica, Le viene proposta l'esecuzione di un **ECOCARDIOGRAMMA TRANS-ESOFAGEO**.

*Etichetta
nosografica*

CHE COSA E': l'ecocardiogramma transesofageo è un'indagine che permette di esplorare il cuore da una posizione "posteriore" e quindi più "vicina", consentendo di avere informazioni importanti non acquisibili da un'ecografia cardiaca standard.

COME SI SVOLGE: L'esame consiste nell'introduzione per via orale di una sonda (delle dimensioni paragonabili a quelle di un dito di un ragazzo) che, posizionata in esofago o raramente nello stomaco, permette di visualizzare il cuore tramite l'impiego di ultrasuoni. L'introduzione della sonda non è dolorosa ma modestamente fastidiosa. Viene praticata un'anestesia locale a livello oro-faringeo con lidocaina spray. Durante l'esame la sonda non può interferire con la normale respirazione che avviene attraverso il naso e la trachea; la bocca viene mantenuta aperta da boccaglio che serve anche a preservare la sonda da eventuali danni. E' possibile che sia necessario l'uso di farmaci per via e.v. (sedativi, antiemetici, antibiotici, antispastici,..). Può essere inoltre somministrata soluzione glucosata 5% agitata da utilizzare con effetto di "contrasto".

La durata dell'esame può variare da 5 a 15 minuti circa.

COMPLICANZE: l'esame, in mani esperte, è da considerarsi pressoché privo di rischi significativi. In rarissimi casi possono verificarsi perforazioni esofagee, aritmie cardiache, reazioni vaso-vagali, spasmo laringeo, ipossiemia. Sono disponibili tutte le attrezzature ed il personale in grado di affrontare tali situazioni. Complicanze infettive legate alla contaminazione della sonda sono evitate dall'uso di un coprisonda monouso, e dalla disinfezione della sonda stessa.

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:

ECOCARDIOGRAMMA TRANS-ESOFAGEO

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 complicità.

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. _____