

AZIENDA U.L.S.S. N. 6 EUGANEA
www.aulss6.veneto.it – P.E.C.: protocollo.aulss6@pecveneto.it
Via Enrico degli Scrovegni n. 14 – 35131 PADOVA

Cod. Fisc. / P. IVA 00349050286

U.O. AMBULATORIO CARDIOLOGICO - P.O. CAMPOSAMPIERO

INFORMAZIONI E CONSENSO PER L'ESECUZIONE DI
ECOCONTRATOGRAFIA PER LA DIAGNOSI DI PERVIETA' INTERATRIALE

Gentile Signora/e,

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 subacquea;
- decidere sull'ulteriore iter clinico e terapeutico grazie alle specifiche cognizioni che derivano da questa indagine,

ACCETTO DI SOTTOPORMI A QUESTO TEST.

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

- 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;
- 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.

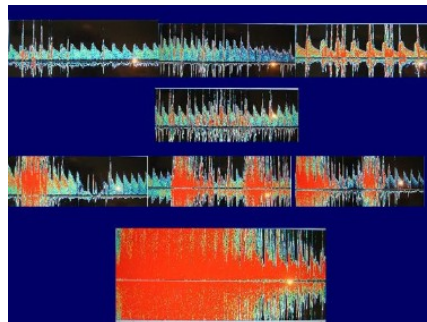
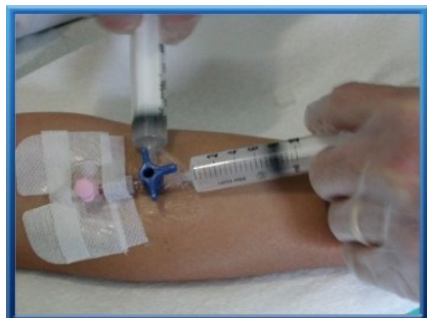
Prima dell'esecuzione dell'esame sono stato esaminato da un cardiologo il quale ha accertato che NON sussistono condizioni per cui il test sia controindicato.

Per l'esecuzione del Color Doppler Transcranico viene somministrata una soluzione che non è un vero mezzo di contrasto ma semplicemente una miscela formata da soluzione fisiologica (acqua sterile) e una piccola quantità di aria innocua per il paziente (BUBBLE TEST)

Lo scopo è di andare a ricercare il passaggio di microbolle posizionando una piccola sonda sulla tempia in corrispondenza dell'arteria cerebrale media, dopo il rilascio di manovra di Valsalva.

Presidio Ospedaliero di CAMPOSAMPIERO - Unità Operativa CARDIOLOGIA - Direttore dott.
Roberto Verlato
via P. Cosma, 1 35012 Camposampiero Pd T. (+39) 049 942 4691 Fax (+39) 049 9424707
cardiologia_csp@aulss6.veneto.it

In caso di pervietà del forame ovale, l'aumento di pressione nell'atrio destro consente il passaggio delle microbolle nel circolo sistemico saltando il circolo polmonare e la conseguente visualizzazione delle bolle in queste arterie.



RACCOMANDAZIONI

Presentarsi all'orario previsto muniti di impegnativa e tessera sanitaria.
È consigliato attendere nella sala d'attesa dell'ambulatorio cardiologico per almeno 15 minuti dopo l'esame. Successivamente l'infermiera che ha assistito all'esame, consegnerà la risposta.

CONSENSO:

IO SOTTOSCRITTA/O _____

NATA/O IL _____ A _____

IO SOTTOSCRITTA/O _____

NATA/O IL _____ A _____

In qualità di genitore /amministratore di sostegno/tutore legale di

_____ nata/o a _____

il _____

Acconsento che sia sottoposto ad esame ecocardiografico con contrasto endovenoso.

Prima di sottopormi alla procedura , ho avuto un colloquio con :
il medico del laboratorio di ecografia ,

Dott. _____

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

Luogo e data _____

Firma del paziente _____

Firma del medico che esegue l'esame _____

Presidio Ospedaliero di CAMPOSAMPIERO - Unità Operativa CARDIOLOGIA - Direttore dott.
Roberto Verlato
via P. Cosma, 1 35012 Camposampiero Pd T. (+39) 049 942 4691 Fax (+39) 049 9424707
cardiologia_csp@aulss6.veneto.it