


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
 ECOCONTRASTO TRANSPOLMONARE**

Gentile Signora/e l'esame al quale dovrà sottoporsi prevede l'utilizzo di un mezzo di contrasto per l'ecografia (SonoVue). Il mezzo di contrasto utilizzato è costituito da una sospensione contenente piccole bollicine che racchiudono al loro interno un gas inerte (Esafluoruro di zolfo), il quale iniettato per via endovenosa attraverso un piccolo catetere rimane in circolo per un periodo sufficiente a migliorare l'immagine ecografica degli organi e dei vasi sanguigni esplorati. Lo scopo dell'esame è quello di ottenere una diagnosi più sicura e precoce della sua eventuale cardiopatia permettendo quindi di facilitarne l'eventuale intervento terapeutico.

L'esame consiste in varie fasi tra cui:

- Reperimento di una via venosa
- Infusione endovenosa del mezzo di contrasto ecografico.
- Esecuzione di ecocardiogramma prima, durante e dopo somministrazione del mezzo di contrasto ecografico (SONOVUE) per migliorare la visualizzazione delle pareti del cuore.
- Durante l'esame verrà misurata la pressione arteriosa e la saturazione di ossigeno e monitorata la frequenza cardiaca ad intervalli regolari.

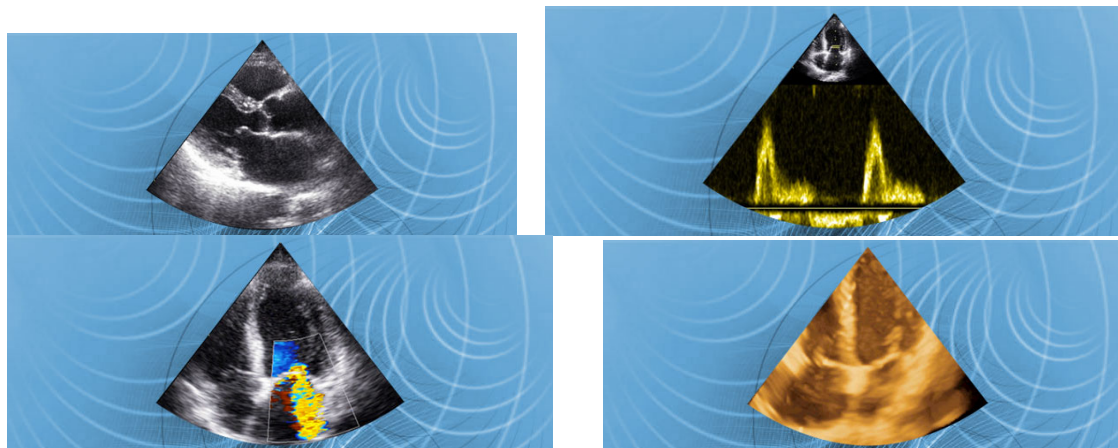
Viene utilizzato in corso d'esame o durante gli stress test (eco stress farmacologico e/o con sforzo fisico) per ottenere una visualizzazione più precisa delle cavità ventricolari migliorando l'accuratezza dell'esame.

Sono stato informato che la procedura, ancorché effettuata secondo Leges Artis comporta una incompressibile percentuale di disturbi e complicanze ed in particolare:

-disturbi che eventualmente potranno insorgere durante l'indagine (reazioni avverse tipo allergico)

Per tali motivi l'uso del SONOVUE è controindicato in caso di:

- Allergia all'ESAFLUORURO DI ZOLFO o a uno qualsiasi degli eccipienti di SONOVUE.
- Gravi aritmie o di shunt fra il cuore destro e il sinistro.
- Aumenti della pressione sanguigna nell'arteria polmonare; ipertensione non controllata.
- Precedente reazione allergica a Sonovue.



E

Sono stato INFORMATO:

- della necessità di avvertire tempestivamente il personale medico ed infermieristico non appena si dovessero manifestare sintomi, in modo tale che il medico potrà decidere se interrompere l'esame;
- dei rischi insiti nell'indagine pure se prescritta e condotta secondo le più moderne conoscenze mediche;
- che le apparecchiature ed i farmaci necessari ed il personale medico ed infermieristico addestrato per fronteggiare qualsiasi emergenza od urgenza saranno prontamente disponibili;
- delle eventuali alternative diagnostiche;
- del diritto a ritirare il mio consenso in qualsiasi momento senza alcuna spiegazione.

Sono stato INFORMATO infine 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 condizioni per cui il test debba essere rinviato o non eseguito.

RACCOMANDAZIONI

E' consigliato attendere nella sala d'attesa dell'ambulatorio cardiologico per almeno 30 minuti dopo l'esame. Successivamente l'infermiera che ha assistito all'esame, consegnerà la risposta .

CONSENSO

IO SOTTOSCRITTA/O _____

NATA/O a _____ IL _____

Acconsento di essere sottoposto volontariamente ad esame ecocardiografico

IO SOTTOSCRITTA/O _____

NATA/O a _____ IL _____

In qualità di genitore/amministratore di sostegno/tutore legale di _____
_____ acconsento che sia sottoposto ad esame ecocardiografico

LUOGO,DATA _____

FIRMA DEL PAZIENTE _____

FIRMA DEL MEDICO CHE ESEGUE L'ESAME _____