

Regione del Veneto
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

Presidio Ospedaliero di Cittadella
U.O.C. CARDIOLOGIA

Cittadella, _____

Paziente:
Cognome: _____
Nome: _____
Data di nascita: _____

CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DI HEAD UP TIL TEST

Io sottoscritto/a _____ . Allo scopo di definire la natura dei disturbi cardiaci da me accusati, acconsento volontariamente ad essere sottoposto ad Head up Tilt test per cercare di riprodurre i sintomi che ho accusato spontaneamente.

Prima di sottopormi alla procedura, sono stato informato sulle specifiche modalità di esecuzione della prova:

- l'esame verrà effettuato su un lettino motorizzato che verrà sollevato e mantenuto inclinato a 60°. Durante l'esame verrà monitorizzato continuamente l'elettrocardiogramma e verrà misurata la pressione arteriosa ad intervalli.
- Prima dell'esame mi verrà applicato un ago in una vena del braccio, per poter somministrare in caso di necessità alcuni farmaci.
- E' possibile che il medico, sulla base dell'età e dei sintomi accusati, mi sottoponga ad un massaggio sul collo (massaggio del seno carotideo) per valutare la risposta del mio cuore.
- E' possibile che durante l'esame mi venga somministrata una compressa sublinguale di un vasodilatatore (TNG, trinitroglicerina).
Sono stato altresì messo al corrente:
 - dei disturbi che eventualmente potrebbero insorgere durante l'indagine (malessere, vertigini, offuscamento della vista, palpitazioni, sudorazione, senso di mancamento sino allo svenimento);
 - della necessità di avvertire tempestivamente il personale medico ed infermieristico non appena tali sintomi dovessero manifestarsi;
 - Dei rischi insiti nell'indagine che, anche se prescritta e condotta secondo le più moderne conoscenze mediche, può provocare (oltre ai disturbi sopradescritti) in casi eccezionali un arresto cardiaco.
 - Del diritto a ritirare il mio consenso in qualsiasi momento senza alcuna spiegazione.

Prima dell'esecuzione dell'indagine sono stato esaminato dal medico che ha accertato che non sussistono condizioni per cui la prova debba essere rinviata o sospesa.

Ho letto e compreso quanto sopra ed ho ottenuto risposta ad ogni mia richiesta o chiarimento.

Firma del paziente

Firma del medico
