FONDAZIONE
POLICLINICO UNIVERSITARIO
CAMPUS BIO-MEDICO

NOTE INFORMATI VE E DI CONSENSO
ECOCARDIOGRAMMA VIA TRANSESOFAGEA

Nome e Cognome del paziente

_ _

Data di rilascio al paziente

_ _ / _ _ / _ _ _ _

La preghiamo di leggere attentamente questo modulo informativo.
Dopo averlo letto faccia tutte le domande che ritiene necessarie all'Equipe medica.

Il malato ha diritto, se lo desidera, a ricevere **un'adeguata informazione**, esposta in modo corretto e **comprensibile** riguardo alla propria condizione di salute e a tutti gli atti diagnostici e/o terapeutici, medici e chirurgici, che i sanitari propongono di attuare sulla sua persona.
Il paziente ha il **diritto** di conoscere i **vantaggi** ma anche **rischi**, i disagi e le possibili **complicanze** dei suddetti atti, e anche la natura e il peso delle conseguenze qualora si rifiuti di attuarli.
Ha diritto di conoscere le eventuali **alternative terapeutiche** con i relativi vantaggi e svantaggi. Inoltre, dopo aver ricevuto un'esaustiva informazione, qualora decida di dare il proprio consenso al trattamento proposto, ha diritto a **revocare** il suo **consenso** in qualsiasi momento.
Il malato ha diritto anche a mantenere riservate le notizie riguardanti la propria salute oppure **indicare una** o più persone che desidera vengano informate di dette **notizie**.
D'altra parte, il malato ha il **dovere** di fornire al medico **qualsiasi informazione in suo possesso riguardante la propria salute**, in modo da **evitare** che dalla mancata conoscenza di specifiche peculiarità possano generarsi **errori** di condotta terapeutica e/o diagnostica.
Il paziente deve inoltre **attenersi** con scrupolo **alle indicazioni** fornitegli **dai sanitari** riguardo a comportamenti e terapie da seguire per il problema medico che si sta trattando, sia nella fase antecedente alla procedura proposta, che nelle fasi successive alla sua effettuazione.

Nome e Cognome di chi
fornisce le informazioni

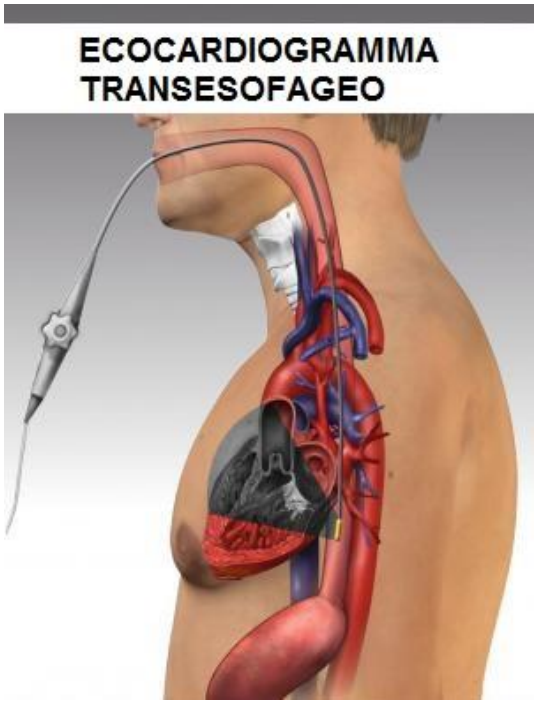
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico di Roma - www.policlinicocampusbiomedico.it
Via Àlvaro del Portillo, 200, 00128, Roma, Tel. (+39) 06.22541.1612; Fax . (+39) 06.22541.1638

INFORMAZIONI RELATIVE A ECOCARDIOGRAMMA PER VIA TRANSESOFAGEA

1. CHE COS' È L'ECOCARDIOGRAMMA PER VIA TRANSESOFAGEA?

L'ecocardiogramma transesofageo è una metodica che utilizza gli ultrasuoni prodotti da una sonda posta nell'esofago per eseguire uno studio morfologico e funzionale del cuore. Viene richiesto in tutti quei casi in cui l'ecocardiogramma transtoracico non risulta essere in grado di risolvere un quesito diagnostico. Ciò può accadere per la presenza di una finestra acustica transtoracica di scadente qualità (ad esempio nei pazienti enfisematosi) o in caso di presenza di strutture metalliche artificiali (si pensi alle protesi valvolari meccaniche) che creano riverberi ed artefatti di immagine (ovvero un'immagine non reale generata dalla macchina (per esempio a causa di movimenti volontari o involontari del paziente) che rende difficile l'interpretazione del risultato dell'esame. In questi casi può essere necessario ricorrere ad un diverso punto di esplorazione adoperando una sonda ecocardiografica che visualizzi le strutture cardiache posteriormente attraverso l'esofago (il tratto dell'apparato digerente che collega la bocca con lo stomaco passando dietro al cuore).



2. COME SI SVOLGE LA PROCEDURA PROPOSTA DI ECOCARDIOGRAMMA PER VIA TRANSESOFAGEA?

Verrà avanzata una sonda per via orale in esofago e stomaco, destinata a esaminare il suo cuore.
Il paziente si sistema sul lettino su un fianco con il busto ed il collo leggermente flessi come per guardarsi le gambe.
Vengono rimosse eventuali protesi dentarie, viene collegato al paziente un monitoraggio elettrocardiografico continuo e viene applicato un accesso venoso periferico per somministrare farmaci in caso di necessità.
Il medico, dopo aver inserito tra i denti un boccaglio per non danneggiare la sonda, procede nell'avanzare delicatamente la sonda stessa attraverso l'orofaringe chiedendo al paziente collaborazione nell'atto di deglutizione.
La funzione respiratoria non sarà mai compromessa visto che per l'esecuzione dell'esame viene adoperato solo il canale digerente.

Per rendere più confortevole l'esame può essere consigliabile eseguire un'anestesia locale dell'orofaringe con un anestetico locale sotto forma di spray o, in taluni casi, può essere necessaria la somministrazione di un ansiolitico o di un antispastico per via endovenosa.
Durante l'esecuzione dell'esame vengono continuamente monitorati la frequenza cardiaca e l'ECG e al bisogno la pressione arteriosa e la saturazione di ossigeno. In caso di intolleranza del paziente ed incapacità di adattarsi alla sonda, l'esame viene immediatamente interrotto.

3. INFORMAZIONI SULLA FASE PRE-PROCEDURA

Per eseguire l'ecocardiogramma transesofageo è necessario essere digiuni da almeno 8 ore.
Le medicine possono essere assunte bevendo solo la quantità di acqua necessaria per deglutire i farmaci.
In caso di diabete è importante monitorare la glicemia per adattare la dose di insulina alla condizione di temporaneo digiuno evitando che si realizzi un'ipoglicemia.
In caso di assunzione di anticoagulanti e/o antiaggreganti (come la cardioaspirina) il medico curante darà indicazioni specifiche ai pazienti, secondo la procedura aziendale sugli antiaggreganti e anticoagulanti.
Prima dell'esame è importante che il paziente riferisca al medico della presenza di gravi infezioni, malattie del fegato (soprattutto se associate a varici esofagee), disturbi gastrici, difficoltà ad ingerire cibi solidi o liquidi, allergie ai farmaci adoperati per la preparazione.

4. PROBABILITÀ DI SUCCESSO

Le percentuali di insuccesso tecnico sono molto basse (1-4% a seconda delle casistiche). Le probabilità di successo sono generalmente tra il 96% e il 99%.

5. DURATA DELLA PROCEDURA

La durata dell'intera procedura dipende dal quesito diagnostico e soprattutto dalla collaborazione del paziente ma, comunque, a meno di problemi particolari insorti durante l'esecuzione, generalmente è di pochi minuti.

6. INFORMAZIONI SULLA FASE POST-PROCEDURA

Al termine dell'esame, qualora sia stato necessario somministrare un sedativo è consigliabile aspettare almeno 30 minuti prima di lasciare l'ospedale ed evitare di mettersi subito alla guida.
È possibile un'irritazione della gola, sia per l'effetto meccanico del passaggio della sonda che per l'azione dell'anestetico locale, per cui non è consigliabile bere o magiare per 2-3 ore dal termine dell'esame.

7. POSSIBILI COMPLICANZE MAGGIORI E POTENZIALI PROBLEMATICHE CORRELATE ALLA PROCEDURA

I rischi legati all'esame sono molto bassi. Si tratta per lo più di induzione di aritmie cardiache che solo raramente richiedono un trattamento farmacologico. Esiste però una rarissima possibilità (2-3 casi ogni mille esami) che la sonda possa danneggiare la mucosa esofagea durante il suo passaggio. Il principale rischio correlato alla procedura è l'emorragia digestiva alta. Possono comunque verificarsi delle complicanze minori o non prevedibili.

8. DOLORE POST-PROCEDURA

In caso di fastidio nella sede di introduzione dela sonda il paziente può assumere paracetamolo 500 mg per os (se non presenta allergia a tale farmaco).

9. COME COMPORTARSI IN CASO DI COMPLICANZE

Al termine dell'esame vanno, inoltre, segnalati al personale sanitario alcuni sintomi che possono insorgere quali difficoltà a deglutire, dolore toracico o addominale protratto, vomito color caffè o ematico.

10. GLOSSARIO

- ***Orofaringe:*** Parte della faringe (cioè la cavità a forma di imbuto che mette in comunicazione le fosse nasali e la bocca con l'esofago e la laringe) in corrispondenza con la cavità orale.

- ***ECG***: Elettrocardiogramma.

Appunti del paziente per eventuali domande da fare al medico

1.) *Dottore, durante la procedura rischio di non respirare?*
2.) *Posso mangiare un cornetto o un panino subito dopo la procedura?*
3.) _

Si precisa, infine, che questa unità, afferendo ad un Policlinico Universitario deve ottemperare anche ai correlati compiti di formazione universitaria. Pertanto è possibile che una procedura venga eseguita da un medico chirurgo iscritto alla Scuola di Specializzazione di Cardiologia oppure a corsi di formazione specialistica ma sempre sotto la diretta sorveglianza e supervisione di uno specialista strutturato del Policlinico Universitario.

DICHIARO CHE QUESTO MODULO INFORMATIVO MI È STATO CONSEGNATO IN TEMPO UTILE PER PERMETTERMI DI LEGGERLO CON ATTENZIONE E MATURARE EVENTUALI DUBBI DA CHIARIRE CON IL PERSONALE MEDICO.

Il/la sottoscritto/a _____

- ☐ in qualità di paziente
- ☐ in qualità di esercente la potestà sul minore _____
- ☐ in qualità di tutore del paziente _____

per la patologia riscontratami _____ acconsente:

- ☐ ad essere sottoposto/a alla procedura di:

  _____
- ☐ che suo figlio/a venga sottoposto/a alla procedura di:

  _____
- ☐ che il/la sig./ra venga sottoposto/a alla procedura di:

  _____

Del trattamento prospettato mi sono stati spiegati chiaramente: gli obiettivi; i benefici; gli eventuali rischi e le prevedibili conseguenze; le eventuali alternative; le probabilità di successo; i possibili problemi nella fase di recupero; le conseguenze del non trattamento; le possibilità i limiti e le conseguenze dal dott. _____

Sono inoltre consapevole che la procedura illustratami potrebbe subire delle modifiche nel corso dell'esecuzione, laddove si renda necessario per salvaguardare la mia salute dinanzi a situazioni od eventi, non prevedibili a priori, che dovessero emergere nel corso della procedura stessa.
Sono comunque consapevole che, presentandosi un pericolo imminente e non altrimenti evitabile di un danno grave alla mia persona, verranno poste in essere tutte le pratiche ritenute idonee a scongiurare tale pericolo. Accetto di seguire le terapie mediche e fisiche prescritte, i comportamenti indicati per il decorso post-procedura e le visite di controllo che si renderanno necessarie nel tempo.

Firma del paziente/dell'esercente la patria potestà/del tutore

_____

Io sottoscritto dott. _____
confermo di aver fornito al paziente tutte le informazioni sopra riportate[1].

Firma del medico

_____

[1] Nel caso in cui il medico intenda avvalersi d
leggibile di ognuno di essi.

Data _ _ / _ _ / _ _ _ _