

 <p>Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Santi Paolo e Carlo</p>	<p>INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELLA RISONANZA MAGNETICA CARDIACA CON STRESS FARMACOLOGICO</p>	<p>AST_RAD_562_Ed00</p>
		<p>Approvazione: Direttore Dipartimento Area dei Servizi Diagnostici – Direttore Dipartimento Area Cardio Toraco Vascolare</p>
		<p>Data di Emissione: 15.12.2023</p>

INFORMATIVA

CHE COSA È?

È una risonanza magnetica cardiaca (RMc) associata alla somministrazione di farmaci capaci di indurre un'assenza relativa di ossigeno (ischemia) nel muscolo cardiaco, simulando così ciò che avviene quando sottoponiamo il nostro cuore ad uno sforzo fisico.

CHE FUNZIONE HA?

La RMc da stress valuta l'efficienza del flusso coronarico in condizioni di riposo e sotto stress, in questo modo permette la diagnosi o l'esclusione di restringimenti coronarici funzionalmente critici in pazienti con sintomi sospetti per coronaropatia e consente inoltre il follow up di pazienti sintomatici o asintomatici con nota malattia coronarica.

QUALE FARMACO VERRÀ UTILIZZATO?

Il farmaco utilizzato è il Regadenoson, che verrà somministrato in bolo lento attraverso una vena periferica. Il Regadenoson è un'agonista del recettore adenosinico A2A, presente a livello coronarico, atto alla induzione di una vasodilatazione coronarica e quindi all'aumento del flusso cardiaco sotto stress. In presenza di malattia coronarica, i recettori A2A, seppur stimolati dal farmaco, non sono in grado di incrementare ulteriormente il flusso di sangue attraverso le coronarie, e pertanto nelle immagini acquisite si evidenzia un difetto di perfusione, diagnostico per riduzione della riserva coronarica e quindi per malattia coronarica, passibile di rivascolarizzazione.

PREPARAZIONE NECESSARIA E RACCOMANDAZIONI

Il Ragadenosone richiede per non essere inibito nel suo effetto - da 36 ore prima - l'astensione dal fumo e la non assunzione di caffè (anche decaffeinato), tè, bevande alla cola, vaniglia e cacao ed inoltre per potenziarne il suo effetto è necessaria la sospensione, la mattina dell'esame, di farmaci antianginosi (cerotto di nitroderivato, mono-isosorbide dinitrato) e di farmaci cronotropi negativi (beta-bloccanti, calcioantagonisti ad azione centrale, Ivabradina). È inoltre obbligatoria la sospensione 12 ore prima di Aminofillina.

COME SI SVOLGE L'ESAME?

Prima di venire posizionato sul lettino della Risonanza Magnetica e eseguiremo un ECG per valutare l'idoneità all'esame, quindi le verranno posizionati due accessi venosi attraverso i quali le somministreremo il mezzo di contrasto e il farmaco stressante. Durante tutto il corso dell'esame verranno monitorizzati la pressione sanguigna, ciclicamente, ed il battito cardiaco e la saturazione del sangue, continuamente. Durante l'esame potrà in ogni momento segnalarci eventuali disturbi in particolare nausea, vertigini, cefalea, dolore al petto, affanno, malessere generale. Il medico, sempre presente, valuterà l'eventualità di interrompere l'esame. Generalmente tali disturbi regrediscono con la sospensione del farmaco o con la somministrazione di antidoti specifici (Aminofillina per il Regadenoson). La durata dell'esame è di circa un'ora. Al termine dell'esame verrà eseguito un nuovo ECG da confrontare con quello eseguito prima della somministrazione del farmaco, al fine di permetterle il rientro al domicilio in sicurezza.

VI SONO DELLE CONTROINDICAZIONI ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME?

Tale esame non potrà essere effettuato in caso di infarto acuto nei 3 mesi precedenti, angina instabile, pressione arteriosa >220/120 mmHg, aritmie ventricolari frequenti, BAV>Il tipo I, stenosi valvolare aortica severa, cardiomiopatia ipertrofica ostruttiva, miopericardite acuta. Condizioni da segnalare al momento della prenotazione sono: asma bronchiale, broncopneumopatia cronica ostruttiva in terapia e storia di epilessia.

COSA PUÒ SUCCEDERE – EVENTUALI COMPLICANZE

L'uso di farmaci ischemizzanti è ampiamente diffuso per metodiche di imaging come ecografia, scintigrafia e RMc. In letteratura sono riportati effetti collaterali lievi e solo raramente complicanze maggiori (infarto miocardico, blocco atrioventricolare avanzato, asistolia, tachicardia ventricolare sostenuta ed edema polmonare acuto in circa 1 su 1000 casi, morte in circa 1 su 10000 casi). Per tali motivi durante tutto l'esame e nel periodo successivo di monitoraggio sono disponibili apparecchiature di emergenza e personale addestrato in grado di far fronte alle emergenze e di ridurre ulteriormente gli eventuali rischi.

COSA ACCADE SE DECIDE DI NON SOTTOPORSI ALL'ESAME

La mancata esecuzione dell'esame precluderà l'identificazione di una diagnosi alla base dei suoi sintomi. In caso di rifiuto dell'esame proposto, tuttavia le consigliamo di interfacciarsi nuovamente con il suo Cardiologo Curante per definire una strategia diagnostica alternativa.

CONTATTI UTILI:

- SC Radiologia Presidio San Carlo Borromeo: tel. 02/4022.2039/2465; mail: info.radiologia.hsc@asst-santipaolocarlo.it
- SC Radiologia Presidio San Paolo: tel. 02/8184.4652; mail: info.radiologia.hsp@asst-santipaolocarlo.it

Io sottoscritto (*nome e cognome*) **dichiaro di aver letto e compreso il contenuto della presente informativa sanitaria, già verbalmente spiegata dal medico e relativa all'atto sanitario consigliatomi.**

Data.....

Firma.....

**INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO
ALL'ESECUZIONE DELLA RISONANZA MAGNETICA
CARDIACA CON STRESS FARMACOLOGICO****AST_RAD_562_Ed00**Approvazione: Direttore
Dipartimento Area dei Servizi
Diagnostici – Direttore Dipartimento
Area Cardio Toraco Vascolare

Data di Emissione: 15.12.2023

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

Cognome

Nome

Data di nascita

Lingua parlata: Italiano: SÌ NO Altro:

Peso (kg):

INDAGINE RICHIESTA:

Spazio etichetta

QUESTIONARIO ANAMNESTICOHa importanti allergie a farmaci o altre sostanze? SÌ NO**CONSENSO INFORMATO****Nome Cognome Paziente:****Data di nascita:** **Luogo di nascita:****Nazionalità** Italiana Altro: **Lingua parlata, se non italiano:**

e/o

 Rappresentante Legale: Amministratore di Sostegno: Tutore/curatore:

Nome e Cognome:

Data di nascita: Luogo di nascita:

(come da provvedimento del Giudice Tutelare allegato)

 Genitori:

Padre - Nome Cognome: Data di nascita:

Madre - Nome Cognome: Data di nascita:

Presenza d'interprete/mediatore culturale: NO SI Nome Cognome:Io sottoscritto/a, in qualità di: **Paziente** **Rappresentante legale** **Genitore/i**Consapevole delle necessità di essere sottoposto/sottoporre il paziente all'atto sanitario di **RISONANZA MAGNETICA
CARDIACA CON STRESS FARMACOLOGICO**Dichiaro di essere stato/a informato/a dal Dr/Dr.ssa.....
in modo comprensibile, esaustivo ed adeguato, attraverso colloquio e materiale informativo consegnatomi, in merito a:

- 📖 L'atto sanitario sopra indicato, consigliato ai fini diagnostici per migliorare la prognosi, i relativi rischi e vantaggi, le eventuali conseguenze temporanee o permanenti e la modalità di effettuazione;

Inoltre dichiaro di avere letto e capito le informazioni di seguito esplicitate, relative a:

- La mia patologia (*quale è la patologia che richiede gli accertamenti diagnostici o gli atti terapeutici*):
.....

- Le mie condizioni cliniche o fisiologiche che possono influire sugli esiti o determinare complicazioni o rappresentare fattori di rischio aggiuntivi (*patologie, allergie, terapie farmacologiche, gravidanza, ecc.*):
.....
.....

- L'esame diagnostico propostomi e sue indicazioni e modalità di effettuazione;
- I benefici conseguibili e la loro probabilità di raggiungimento;
- I rischi e le complicanze prevedibili e la loro probabilità di verificarsi;
- Le eventuali terapie da sospendere prima dell'esame diagnostico consigliato;
- Le prevedibili conseguenze del rifiuto del trattamento proposto.

**INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO
ALL'ESECUZIONE DELLA RISONANZA MAGNETICA
CARDIACA CON STRESS FARMACOLOGICO****AST_RAD_562_Ed00**Approvazione: Direttore
Dipartimento Area dei Servizi
Diagnostici – Direttore Dipartimento
Area Cardio Toraco Vascolare

Data di Emissione: 15.12.2023

Preso atto della situazione illustrata: Confermo di aver compreso le informazioni ricevute Chiedo ulteriori spiegazioni riguardo a:

Io sottoscritto/a dichiaro di avere avuto risposte esaurienti ai quesiti e chiarimenti avanzati spontaneamente e di essere pienamente cosciente, consapevole e libero/a nelle scelte che attengono alla mia persona/al mio assistito

Pertanto **accetto** **rifiuto**, con scelta attuale e spontanea, l'atto sanitario propostomi

Dichiaro di essere a conoscenza della possibilità di REVOCARE (**) il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'intervento.

La presente firma conferma che il consenso o il rifiuto all'atto proposto è espresso dal sottoscritto/a e che il presente modulo è conforme all'andamento del colloquio/dei colloqui avuti con il/i medico/i e con l'informativa ricevuta.

Firma dell'interessato: Data:

(Nel caso di minore, firme dei genitori):

Firma, timbro o matricola del medico:

U.O:

Eventuale Interprete/Mediatore Culturale/Testimone:

Nome e Cognome: Firma:

Il paziente che ha espresso il proprio consenso è libero di rifiutare la prestazione in qualsiasi momento.

NOTA: ** In caso di revoca successiva del consenso

Data:

Firma dell'interessato *(Nel caso di minore, firme dei genitori):*

Firma, timbro o matricola del medico:

U.O:

Osservazioni: