



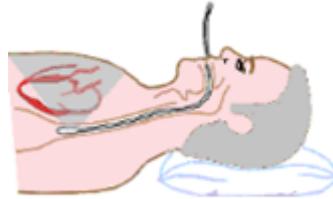
INFORMATIVA

Gentile Paziente,
in base al suo quadro clinico è stata posta indicazione all' esecuzione di **ECOCARDIOGRAMMA TRANSESOFAGEO**.

A COSA SERVE?

Talvolta può accadere che l'ecocardiogramma transtoracico non sia sufficiente a risolvere il problema diagnostico; se la struttura da esaminare si trova in profondità nel corpo o se è "nascosta" da una struttura ossea, i polmoni o una valvola artificiale, può non essere vista con la sola ecocardiografia standard. In questi casi **può essere necessario eseguire l'ecocardiogramma per via transesofagea**: una sonda viene introdotta entro l'esofago attraverso il cavo orale, in modo del tutto analogo a quello che viene fatto in occasione di una gastroscopia. Attraverso le pareti dell'esofago questo esame permette di valutare le camere cardiache, le valvole cardiache native e protesiche, l'aorta e i grossi vasi polmonari con un dettaglio significativamente migliore rispetto all'approccio transtoracico. In questo modo possono essere acquisite informazioni originali che, integrate a quelle dell'esame transtoracico, consentono quasi sempre di dirimere i problemi diagnostici del paziente.

L'esecuzione dell'esame necessita di una preparazione preliminare e di accorgimenti anche dopo la fine dell'esame. Prima dell'esecuzione dell'esame verrà esaminato da un cardiologo al fine di accertare che non sussistano condizioni per cui l'esame debba essere rinviato o non eseguito.



DESCRIZIONE DELL'ESAME

Prima dell'esame è necessario essere a digiuno (non mangiare o bere) da almeno 6 ore.

Verrà invitato a rimuovere eventuali protesi dentarie, verrà collegato al monitoraggio elettrocardiografico e, tramite una fleboclisi, ad una infusione di soluzione fisiologica che ha il solo scopo di tenere disponibile, per il tempo dell'esame, un accesso venoso per somministrare farmaci in caso di necessità.

Verrà posto sul fianco sinistro con il busto ed il collo leggermente flessi come per guardarsi le gambe. Per agevolare l'introduzione della sonda, verrà inserito tra i denti un boccaglio ed eseguita una anestesia locale della bocca e del retrobocca (faringe) con lidocaina spray (un anestetico locale). Per migliorare la Sua tolleranza all'esame, potrà inoltre venire somministrato un sedativo (Midazolam), previa valutazione da parte del Medico dell'eventuale presenza di controindicazioni.

Dopo l'esame è necessario:

- Proseguire il digiuno per almeno 2 ore;
- Astenersi dalla guida di autoveicoli se è stato somministrato per via endovenosa un sedativo.

CI SONO TERAPIE CHE DEVE MODIFICARE O SOSPENDERE PRIMA DELLA PROCEDURA CONSIGLIATA?

Normalmente non è necessario sospendere le terapie. I farmaci possono essere assunti cercando di bere solo la minima quantità sufficiente per deglutirli. In caso di diabete è importante consigliarsi con il proprio Medico di Famiglia per definire la dose adeguata di Insulina che dovrà essere ridotta per il digiuno.

COSA ACCADE SE DECIDE DI NON SOTTOPORSI ALLA PROCEDURA? CI SONO ALTERNATIVE?

La non esecuzione dell'esame implica:

- Una incompletezza nell'iter diagnostico, quindi una carente formulazione della diagnosi finale;
 - L'impossibilità di stabilire una corretta terapia, con tutto ciò che ne deriva per la Sua salute in termini di prognosi.
- Non c'è un esame diagnostico alternativo all'esame transesofageo, di pari efficacia e sensibilità, quando correttamente indicato.

QUALI POSSONO ESSERE I RISCHI E LE COMPLICANZE?

Durante l'indagine potrebbero insorgere alcuni disturbi quali: difficoltà a respirare, tosse, irritazione faringea, ipersalivazione, palpitazioni, conati di vomito, nausea; tuttavia l'anestesia locale con lidocaina e la blanda sedazione con Midazolam permettono normalmente un ottimo controllo di tali disturbi.

La procedura, ancorché effettuata secondo *leges artis*, comporta una incomprimibile, piccola, percentuale di complicanze.

I rischi più frequenti correlati all'indagine, simili a quelli della gastroscopia, sono: lesioni minori orofaringee (0,1-13%) quali trauma labiale o dentale, raucedine, disfagia, mal di gola; in casi eccezionali è stata descritta perforazione dell'esofago (tra lo 0.01 e lo 0.04%) con mortalità estremamente rara (<1 su 10.000) in pazienti

<p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Santi Paolo e Carlo</p>	<p>INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO ECOCARDIOGRAMMA TRANSESOFAGEO</p>	<p>AST_CAR_523_Ed00</p> <p>Approvazione: Direttore Dipartimento Area Cardio Toraco Vascolare</p> <p>Data di Emissione: 09.11.2023</p>
--	--	--

predisposti per patologie esofagee, pure in corso di esame condotto secondo le più corrette tecniche e conoscenze.

Alcune reazioni possono raramente essere presenti in soggetti predisposti quali: ipertensione transitoria (0.9%), ipotensione transitoria (0,5%), desaturazione di ossigeno (0,3%), ipotensione severa (0,02%), vomito (0,5%), aritmie quali blocco atrio-ventricolare, extrasistolia ventricolare, fibrillazione atriale (0,3%) e sanguinamenti minori da piccoli traumatismi della mucosa del cavo orale e/o esofagea. Rischi connessi al riscaldamento della sonda e alla trasmissione di infezioni sono minimizzati con le misure di antisepsi e di controllo elettrico alle quali la sonda viene sottoposta.

È altresì importante sapere che l'esecuzione del test è sempre condotta in presenza di apparecchiature e farmaci destinati al pronto soccorso prontamente disponibili e a personale medico e infermieristico esperto ed addestrato a fronteggiare qualsiasi emergenza/urgenza.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Hilberath, J. Safety of Transesophageal Echocardiography, Echocardiography 2010.
- SIECVI - Società Italiana di Ecocardiografia e CardioVascular Imaging; www.SIEC.it

Data della restituzione..... Timbro e firma del medico.....

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.

Firma.....

**DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE**

Cognome

Nome

Data di nascita

Lingua parlata: Italiano: SÌ NO Altro:**INDAGINE RICHIESTA:**

Spazio etichetta

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 (**procedura diagnostica/terapeutica**), *(specificare sito anatomico e lato di effettuazione)* di: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 per la cura e/o migliorare la prognosi, i relativi rischi e vantaggi, le eventuali conseguenze temporanee o permanenti e la modalità di effettuazione;

La possibilità di dover modificare o ampliare l'intervento, così come già programmato e autorizzato, di fronte a situazioni impreviste e al momento difficilmente prevedibili.

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.)*:▪ Il trattamento sanitario propositomi e le sue indicazioni, la modalità di effettuazione, il tipo di anestesia e la necessità di eventuali ulteriori trattamenti *(per complessità dell'intervento, per possibili recidive)*;

▪ I benefici conseguibili e la loro probabilità di raggiungimento;

**INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO
ECOCARDIOGRAMMA TRANSESEOFAGEO**

AST_CAR_523_Ed00

Approvazione: Direttore
Dipartimento Area Cardio Toraco
Vascolare

Data di Emissione: 09.11.2023

- I rischi e le complicanze prevedibili, comprese quelle infettive e loro probabilità di verificarsi;
- Le alternative possibili, a sostanziale parità di efficacia, i loro rischi e le ragioni che motivano l'atto sanitario proposto;
- Le eventuali terapie da effettuare prima dell'intervento medico o chirurgico consigliato;
- Le prevedibili conseguenze del rifiuto del trattamento proposto.

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: