	UNITA' OPERATIVA COMPLESSA DI CARDIOLOGIA –UTIC Distretto Chioggia Direttore U.O.C. Dr. Roberto Valle	Informativa N° 12 Pag. 1 / 2
	INFORMATIVA al TILT TEST	

SCOPO DEL TRATTAMENTO:

Il tilting test, o head-up tilt test (HUT) è un esame che consente di individuare le sincopi di natura neuromediata (svenimento comune) in un'alta percentuale dei casi.

La prolungata stazione eretta in pazienti predisposti può indurre delle modificazioni del tono neurovegetativo (aumento del tono "vagale") e come effetto finale un calo della pressione arteriosa e/o della frequenza cardiaca, con conseguente riduzione del flusso di sangue al cervello e perdita transitoria della coscienza.

Il ripristino della posizione supina permette un rapido ritorno alla normalità della pressione arteriosa e frequenza cardiaca con conseguente regressione della sintomatologia.

Con il tilting test si può riprodurre in ambiente protetto e sotto monitoraggio continuo della pressione arteriosa e della frequenza cardiaca, un eventuale episodio sincopale e quindi intervenire con terapie mirate, farmacologiche e non.

MODALITA' D'INTERVENTO:

L'esame viene effettuato da un infermiere con la presenza o la pronta disponibilità di un medico.





Il paziente deve essere a digiuno da almeno 6 ore e viene posizionato su un apposito lettino a 60° di inclinazione. Delle cinture assicurano il paziente al lettino.

Il monitoraggio battito-battito mediante apposito ditale consente di registrare la pressione e la frequenza cardiaca in ogni momento. L'infermiere registra tali parametri e la presenza di eventuali sintomi.

[Digitare il testo]

Data revisione	29/06/2025	Revisione	Dott.sa Rampazzo Debora Coord. Inf. Pantano Ivan Andrea
Approvazione	Dr. R. Valle	Verifica	Coord. Inf. Pantano Ivan Andrea

 	UNITA' OPERATIVA COMPLESSA DI CARDIOLOGIA –UTIC Distretto Chioggia Direttore U.O.C. Dr. Roberto Valle	Informativa N° 12
	INFORMATIVA al TILT TEST	Pag. 2 / 2

Trascorsi 10 minuti, in assenza di sintomatologia significativa, viene somministrata della nitroglicerina spray sublinguale. L'esame continua per altri 15 minuti prima di considerarlo negativo (durata totale 25 minuti).

Il paziente deve continuamente riferire al medico o all'infermiere la presenza di qualsiasi disturbo o sintomo.

Il test viene interrotto nei seguenti casi:

- completamento del protocollo in assenza di sintomi (test negativo);
- comparsa di segni e/o sintomi pre-sincopali;

In caso di sincope e/o severo abbassamento della pressione arteriosa e/o severa riduzione della

frequenza cardiaca, l'esame viene interrotto posizionando il paziente supino ed eventualmente

somministrando liquidi e/o atropina.

RISCHI E INCOVENIENTI:

È un esame sicuro perché riproduce in ambiente controllato un sintomo (la sincope) che il paziente ha già manifestato.

I disturbi che possono essere avvertiti dal paziente sono stanchezza agli arti, calore, sudorazione, nausea, offuscamento della vista e capogiro, ai quali potrà seguire la perdita di coscienza.

A causa dell'eventuale somministrazione di trinitrina, alcuni pazienti lamentano cefalea transitoria.

Questi effetti collaterali si esauriscono spontaneamente in breve tempo.

ALTERNATIVE DI EQUIVALENTE EFFICACIA:

NON ESISTONO RAGIONEVOLI ALTERNATIVE all'esecuzione di Head-Up Tilt Test per monitorare il comportamento pressorio ed ECG durante stimolazione del tono neurovegetativo.

CONSEGUENZE AL MANCATO TRATTAMENTO:

NON praticando l'intervento potrebbe non essere possibile determinare la causa della sintomatologia (sincope), le quali possono essere anche importanti e pericolose per la vita stessa. Da ricordare che anche eventuali traumi legati alla sincope possono essere pericolosi.

DURATA DELLA PROCEDURA: 30-50 minuti

REGIME DI ASSISTENZA: La procedura viene eseguita in regime di ambulatoriale.

[Digitare il testo]

Data revisione	29/06/2025	Revisione	Dott.sa Rampazzo Debora Coord. Inf. Pantano Ivan Andrea
Approvazione	Dr. R. Valle	Verifica	Coord. Inf. Pantano Ivan Andrea

UO/Servizio di _____

Ospedale/Distretto di _____

PARTE I – DATI IDENTIFICATIVI (a cura del medico proponente)

1) Dati identificativi dell'**assistito/a**:

Cognome _____ Nome _____

Data di Nascita ___/___/_____

1a) Dati del **legale rappresentante** (in caso di soggetto privo in tutto o in parte di autonomia decisionale; tutore, amministratore di sostegno, ...)

Cognome _____ Nome _____

Data di Nascita ___/___/_____

NB: va allegato l'atto di nomina.

PARTE II – Eventuale DELEGA del CONSENSO INFORMATO

2) Io sottoscritto/a _____

in data ___/___/_____ alle ore _____ **dichiaro di DELEGARE a ricevere le informazioni e ad esprimere il consenso** in mia vece

il/la sig./ra Cognome _____ Nome _____

Data di Nascita ___/___/_____

3) Firma del delegato _____

4) Firma del paziente _____

5) Firma e Timbro del medico _____

PARTE III – DATI SANITARI E INFORMATIVA (a cura del medico proponente)

6) Sintesi situazione clinica: _____

7) Atti sanitari proposti:

8) **Informativa:** dichiaro di aver fornito al/alla Sig./a _____ l'informazione sugli atti sanitari proposti.

9) Data: _____ ore: _____ 10) Firma e Timbro del medico _____

PARTE IV – ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO *(Parte a cura del dell'equipe medica-chirurgica esecutrice)*

Io sottoscritto/a _____ dichiaro:

11) di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente sugli atti sanitari proposti, attraverso:

colloquio informativo con intervento dell'interprete/mediatore culturale sig./sig.ra _____

i moduli relativi agli atti sanitari proposti, consegnati e spiegati dal dott. _____

il colloquio informativo con il dott. _____ avvenuto il giorno ___/___/___ alle ore _____;

12) di essere a conoscenza della possibilità di **REVOCARE** il presente consenso in qualsiasi momento prima degli atti sanitari e di chiedere ogni ulteriore informazione qualora lo desideri;

13) di esprimere (barrare la scelta) **CONSENSO** / **DISSENSO** libero, spontaneo e in piena coscienza agli atti sanitari proposti.

14) Osservazioni _____

15) Data _____ ore: _____ 16) Firma _____

17) Firma del Legale Rappresentante _____

18) Firma e Timbro del Medico _____

PARTE V – REVOCA DEL CONSENSO INFORMATO

19) Io sottoscritto/a _____

in data ___/___/_____ alle ore _____ **dichiaro di REVOCARE il consenso** ai seguenti atti sanitari

sopra riportati: _____

20) Firma _____

21) Firma del Legale Rappresentante _____

22) Firma e Timbro del medico _____

23) **NOTE:**

	CONSENSO INFORMATO del MINORE agli ATTI SANITARI (ai sensi degli artt. 1 e 3 della L. 219/2017)	PAT_MD_00002 REV1 23/02/2022
--	---	------------------------------------

UO/Servizio di _____

Ospedale/Distretto di _____

PARTE I – DATI IDENTIFICATIVI (a cura del medico proponente)

1) Dati identificativi dell'**assistito/a**:

Cognome _____ Nome _____

Data di Nascita ___/___/_____

1a) Dati esercente/i la **responsabilità genitoriale**:

Cognome _____ Nome _____

Data di Nascita ___/___/_____

Cognome _____ Nome _____

Data di Nascita ___/___/_____

1b) **Nel caso di impossibilità all'acquisizione del consenso di entrambi i genitori**

(Da far compilare al genitore presente)

Io sottoscritto/o _____

DICHIARO

consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 317, 337 ter e 337 quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Firma _____

1c) Dati del **Tutore**:

Cognome _____ Nome _____

Data di Nascita ___/___/_____

N.B. In caso di presenza tutore è necessario acquisire copia dell'atto di nomina.

PARTE II – DATI SANITARI e INFORMATIVA (a cura del medico proponente)

2) Sintesi situazione clinica:

3) Atti sanitari proposti:

- _____
- _____
- 4) **Informativa:** dichiaro di aver fornito al/alla/i Sig./a/i _____
_____ l'informazione sugli atti sanitari proposti.
- 5) Data: _____ ore: _____ 6) Firma e Timbro del Medico _____

PARTE III – ESPRESSIONE e ACQUISIZIONE del CONSENSO INFORMATO *(Parte a cura del dell'equipe medica-chirurgica esecutrice)*

- 7) Noi/io sottoscritti/o genitori/e/tutore _____ dichiariamo/dichiaro:
- 8) di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente sugli atti sanitari proposti, attraverso:
- colloquio informativo con intervento dell'interprete/mediatore culturale sig./sig.ra _____
- i moduli relativi agli atti sanitari proposti, consegnati e spiegati dal dott. _____
- il colloquio informativo con il dott. _____ avvenuto il giorno ___/___/___ alle ore ___;
- 9) di essere a conoscenza della possibilità di REVOCARE il presente consenso in qualsiasi momento prima degli atti sanitari e di chiedere ogni ulteriore informazione qualora lo desideri;
- 10) di esprimere (barrare la scelta) **CONSENSO** / **DISSENSO** libero, spontaneo e in piena coscienza agli atti sanitari proposti.
- 11) Osservazioni _____
- _____
- 12) Data _____ ore: _____ 13) Firme genitori/e/tutore _____
- _____
- 14) Firma e Timbro del Medico _____

PARTE IV – REVOCA del CONSENSO INFORMATO

- 15) Noi/io sottoscritti/o genitori/e/tutore _____
- _____
- in data ___/___/___ alle ore ___ **dichiaro di revocare il consenso** ai seguenti atti sanitari, sopra citati: _____
- 16) Firme genitori/e/tutore _____
- _____
- 17) Firma e Timbro del Medico _____
- 18) **NOTE:** _____
- _____
- _____