	UNITA' OPERATIVA COMPLESSA DI CARDIOLOGIA –UTIC Distretto Chioggia Direttore U.O.C. Dr. Roberto Valle	Consenso N° 30 Pag. 1 / 3
	INFORMATIVA ALL' ECOCARDIOGRAMMA DA SFORZO	

**MODELLO ILLUSTRATIVO PER LA PROCEDURA
DI ECOCARDIOGRAMMA DA SFORZO**

Il sottoscritto _____

nato/a _____ il _____

dichiara di essere stato/a informato/a, dal dott. _____ che la sua malattia rende necessario l'esecuzione di una ecografia cardiaca denominata ecostress farmacologico.

SCOPO DEL TRATTAMENTO:

Per poter meglio valutare lo stato del muscolo cardiaco e/o delle coronarie e/o delle valvole cardiache, o per controllare l'efficacia di una terapia, dobbiamo fare compiere al nostro cuore uno sforzo ed osservare quali modificazioni si verificano in tali circostanze.

L'ecocardiografia da sforzo è una delle metodiche di cui disponiamo per osservare quali modificazioni avvengono nel nostro cuore durante un certo stimolo.

Con l'ecocardiogramma da sforzo, lo sforzo appunto viene condotto pedalando, a carico crescente, in posizione semisupina su di un lettoergometro.

Si possono così evidenziare:

- Alterazioni della contrattilità dei segmenti cardiaci vascolarizzati da coronarie malate (valutazione dell'ischemia inducibile). Queste anomalie della contrazione possono accompagnarsi a segni elettrocardiografici o a sensazione di dolore toracico, ma non raramente, possono essere l'unico segno di sofferenza cardiaca.
- Aumento del flusso sanguigno attraverso le valvole cardiache, indotto dallo sforzo, tale da poter meglio quantificare la gravità di una malattia valvolare (valvulopatia).

NOTE: è previsto che il paziente, il giorno dell'esecuzione del test, si presenti con la richiesta medica, con gli esami del sangue (ionemia ed emocromo) e strumentali raccomandati dal medico che ha prescritto l'esame.

MODALITA' D'INTERVENTO:

E' opportuno che il paziente consulti con sufficiente anticipo il medico cardiologo per stabilire l'eventuale sospensione della terapia in corso che potrebbe essere necessaria per dirimere il dubbio diagnostico.

La sospensione dei farmaci deve avvenire con modalità diverse a seconda delle proprietà del farmaco stesso.

In linea di massima si segnala che, qualora il cardiologo abbia deciso di far sospendere al paziente la terapia in corso, questa deve avvenire con le seguenti modalità:

- 24 ore prima dell'esame per nitroderivati, aminofillina, ranolazina.
- 48 ore prima dell'esame per beta bloccanti e calcio-antagonisti non diidropiridinici (verapamil e diltiazem) che potranno essere sospesi gradualmente e comunque come da prescrizione medica.

E' infine molto importante che il paziente:

- **non fumi da almeno 12 ore**
- **non assuma tè, cola, caffè, cioccolata o qualsiasi alimento che contenga sostanze nervine da almeno 24 ore (ad es. bevande stimolanti a base di caffeina, guaranà ecc.)**
- **sia a digiuno da almeno 6 ore** (in caso di diabete è opportuno consigliarsi con il proprio medici curante al fine di stabilire la dose di antidiabetico orale o di Insulina). Si può invece bere senza particolari restrizioni.

[Digitare il testo]

Data applicazione	01/08/2014	Redazione	Inf. Lara Boscarato
Data revisione	14/08/2022	Revisione	Coord. Inf. Pantano Ivan Andrea Dott. Stomaci Bernardino
Approvazione	Dr. R. Valle	Verifica	Coord. Inf. Pantano Ivan Andrea

- porti con sé la copia o l'originale della documentazione clinica relativa al problema che deve essere chiarito (cartella clinica, ECG, prove da sforzo, coronarografia ecc).



Il paziente rimane sdraiato sul letto ergometro, viene monitorizzata la frequenza cardiaca, la pressione arteriosa e la saturimetria e vengono applicati degli elettrodi che consentono di registrare contemporaneamente l'elettrocardiogramma.

Prima di iniziare a pedalare vengono acquisite le immagini del cuore, per avere una valutazione basale alla quale fare riferimento, e viene eseguito un elettrocardiogramma a riposo.

Durante e dopo lo sforzo, si acquisiscono le immagini da paragonare a quelle basali e vengono monitorati continuamente l'elettrocardiogramma e la pressione.

L'esame viene eseguito da un medico esperto nella tecnica, coadiuvato da un infermiere.

La durata dell'esame può variare da soggetto a soggetto. Lo scopo dell'esame è infatti quello di valutare cosa succede al cuore quando la richiesta delle sue prestazioni viene aumentata. L'esercizio del paziente dovrà continuare finché il cuore non raggiunge una frequenza cardiaca adeguata.

Quando il paziente si sente molto affaticato deve avvertire il Cardiologo che potrà decidere di interrompere l'esame.

E' importante che il paziente avverta il Cardiologo se durante l'esame compaiono i seguenti sintomi:


- Oppressione, peso, senso di schiacciamento o dolore al torace, al collo e/o alle braccia
- Malessere generale, nausea
- Fatica a respirare
- Improvvisa palpitazione
- Senso di svenimento
- Cefalea
- Calore al volto

L'esame può anche essere interrotto dal Cardiologo anche se il paziente non avverte ancora particolare stanchezza. Questo può avvenire per la comparsa di alterazioni elettrocardiografiche o per modificazioni della motilità delle pareti del cuore all'ecocardiogramma o per variazione anomala dei parametri della pressione o infine per la comparsa di sintomi che il Cardiologo giudica significativi.

Dopo una fase di sforzo, a carico crescente, fino al massimo sforzo tollerato dal paziente o fino al raggiungimento della frequenza del battito prefissata, segue una fase di recupero o defaticamento della durata

[Digitare il testo]

Data applicazione	01/08/2014	Redazione	Inf. Lara Boscarato
Data revisione	14/08/2022	Revisione	Coord. Inf. Pantano Ivan Andrea Dott. Stomaci Berardino
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	Consenso N° 30
	INFORMATIVA ALL' ECOCARDIOGRAMMA DA SFORZO	Pag. 3 / 3

di alcuni minuti. E' opportuno che il paziente non smetta di pedalare bruscamente e comunichi al medico che non ce la fa, qualche secondo prima di essere completamente esausto.

RISCHI E INCOVENIENTI:

L'ecocardiogramma da sforzo, inducendo un aumento della prestazione miocardica in soggetti spesso con problemi cardiaci, può comportare ovviamente un certo rischio, che viene notevolmente diminuito, se gli operatori sono esperti e se l'esame viene condotto con tutte le precauzioni necessarie.

Durante l'esame possono verificarsi sintomi anginosi che generalmente regrediscono con l'interruzione dell'infusione del farmaco e/o la somministrazione dell'antidoto e, più raramente, aritmie pericolose che comportano l'immediata interruzione dell'esame e l'istituzione di una terapia adeguata.

Possono inoltre verificarsi altri eventi, più rari, come infarti o, come riporta la letteratura scientifica, casi eccezionali di morte. Ecco, quindi, che risulta importante che l'esame sia giustificato da un valido quesito clinico.

CONSEGUENZE AL MANCATO TRATTAMENTO:

La informiamo, tuttavia, che la non esecuzione dell'indagine potrebbe implicare:

_ un'incompletezza nell'iter diagnostico con una carente formulazione della diagnosi finale che, in caso di coronaropatie, può sfociare anche nella comparsa di un infarto miocardico acuto;

_ l'inizio o la prosecuzione della terapia su base empirica, in ragione della limitata possibilità di stabilire una corretta terapia "guidata dall'ischemia", con tutto ciò che ne deriva in termini di prognosi.

Ciò nonostante, un Suo eventuale rifiuto di sottoporsi al test non comporterà alcuna conseguenza sulla continuazione dell'assistenza cardiologica.

ALTERNATIVE DI EQUIVALENTE EFFICACIA:

Nel caso di rifiuto ad effettuare l'esame che Le è stato proposto dal medico, sarà valutata l'opportunità di eseguire un test diagnostico alternativo (ad es. scintigrafia miocardica o coronarografia: si tratta di esami che implicano una esposizione a radiazioni ionizzanti).

DURATA DELLA PROCEDURA: 30-40 minuti

REGIME DI ASSISTENZA: La procedura viene eseguita in regime ambulatoriale o durante un precedente ricovero. Dopo l'esecuzione del test è opportuno sostare in sala d'attesa per circa 20-30 minuti.

AVVERTENZE SPECIALI

ALLERGIA AI FARMACI: Eventuali allergie devono essere segnalate prima di iniziare l'esame

Allergie note: NO SI _____

[Digitare il testo]

Data applicazione	01/08/2014	Redazione	Inf. Lara Boscarato
Data revisione	14/08/2022	Revisione	Coord. Inf. Pantano Ivan Andrea Dott. Stomaci Berardino
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:**

