

**MODELLO ILLUSTRATIVO PER LA PROCEDURA
 DI ECO-TRANSCRANICO**

Il sottoscritto _____

nato/a _____ il _____

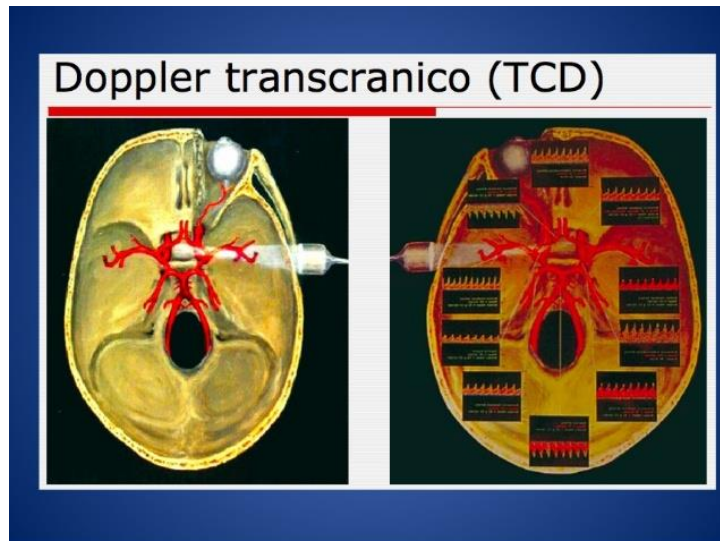
dichiara di essere stato/a informato/a, dal dott _____ che la sua malattia rende necessario l'esecuzione di una ecografia trans-cranica.

SCOPO DEL TRATTAMENTO:

L'eco-transcranico è un esame che, in analogia all'esame Doppler e Color-Doppler, utilizza una sonda che emette ultrasuoni. La sonda viene appoggiata sulla tempia, dove e' possibile l'esplorazione della circolazione cerebrale.

Questo esame è utilizzato per valutare:

- Eventuali piccole embolie (microembolie) che si possono formare in maniera anche continuativa in alcuni pazienti (ad esempio nei portatori di protesi meccaniche cardiache);
- Nei soggetti con episodi di ischemia cerebrovascolare senza una spiegazione evidente, nei quali vi sia un forte sospetto che la malattia origini dal cuore (natura cardioembolica) in rapporto all'esistenza di un passaggio di sangue dalle sezioni cardiache di destra e le sezioni di sinistra. Solitamente, si tratta di soggetti giovani nei quali si può escludere un'origine aterosclerotica della malattia cerebrovascolare.



MODALITA' D'INTERVENTO:



L'esame Eco-Doppler transcranico viene eseguito utilizzando un contrasto venoso (solitamente soluzione glucosata o fisiologica agitata in modo da formare delle micro-bolle).

Questo mezzo di contrasto provoca un segnale caratteristico alla analisi Doppler.

Se nel cuore esiste una comunicazione tra il circolo venoso e quello arterioso (la più frequente è la pervietà del forame ovale), le micro-bolle passano direttamente dalle vene alle arterie e vengono rilevate nel circolo intracranico, con l'analisi Doppler, dopo pochi battiti cardiaci.

[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 INFORMATIVA ALL'ESECUZIONE DI ECO-TRANSCRANICO	Consenso N° 23 Pag. 2 / 2
---	---	---

E' così possibile stabilire non solo la presenza dello shunt, ma anche l'entità dello stesso in relazione all'entità del segnale rilevato.

RISCHI E INCOVENIENTI:

Il Doppler transcranico è sostanzialmente privo di effetti collaterali. Non è quindi pericoloso né doloroso, non prevede una preparazione specifica; lo stesso liquido utilizzato per formare il contrasto è praticamente privo di effetti collaterali.

In rari casi, le micro-bolle possono causare fenomeni di nausea, malessere e assai raramente, anche transitori episodi di disturbi della parola, formicolio o difficoltà di movimento. Si sottolinea che questi fenomeni, dovuti al passaggio di micro-bolle nel circolo cerebrale, sono molto rari e transitori.

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.

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

DURATA DELLA PROCEDURA: 15-20 minuti

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

[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:**

	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/alli/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:** _____