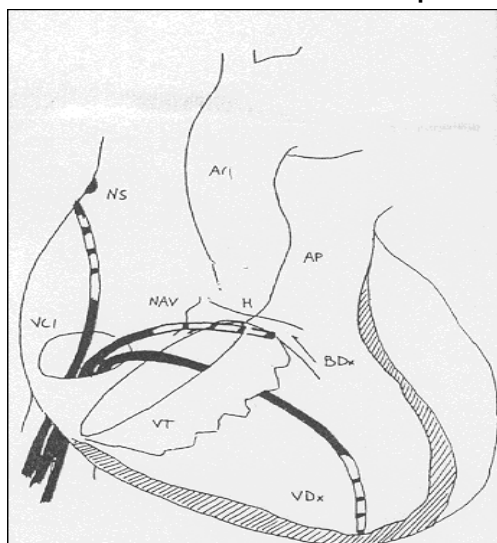


SCOPO DEL TRATTAMENTO:

Studiare il meccanismo delle sue aritmie sia quelle lente che quelle veloci e stabilire quale sia il trattamento più idoneo.

MODALITA' D'INTERVENTO:



- Infiltrazione sottocutanea con anestetico per uso locale, in corrispondenza di una vena di grosso calibro (solitamente vena femorale, più raramente vena giugulare interna o succlavia).
- Inserimento nella vena prescelta di una cannula (introduttore) attraverso la quale viene inserito l'elettrocatteter.
- Sotto controllo radiografico, l'elettrocatteter da studio viene posizionato nell'atrio o nel ventricolo di destra.
- Dopo aver posizionato l'elettrocatteter, la procedura consiste nell'esecuzione di una serie di misure elettriche e di stimolazioni artificiali del cuore.
- Durante l'esame potrà avvertire delle palpitazioni che sono determinate artificialmente dai cateteri. La procedura verrà eseguita in anestesia locale e solo in alcuni casi si ricorre alla sedazione prevalentemente con sedativi minori.
- Allo scopo di indurre le aritmie, oltre alla stimolazione cardiaca si rende in alcuni casi necessario l'infusione di farmaci quali: Isoprenalina, Adenosina.



La durata della procedura non è prevedibile, ma mediamente è di 35 minuti.

[Digitare il testo]

Data revisione	29/06/2025	Revisione	Dott.sa Bevilacqua Michela Dott Oselladore Luca 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° 8 Pag. 2 / 2
	INFORMATIVA ALLO STUDIO ELETTROFISIOLOGICO	

RISCHI E INCOVENIENTI:

L'indicazione alla procedura viene data dopo una attenta valutazione dei benefici e dei rischi eventuali.

Lo studio elettrofisiologico è associato ad una bassa incidenza (0,1%) di complicanze prevalentemente legate alla puntura dei vasi.

Ematoma in sede inguinale, comunicazione (fistola) tra vena ed arteria nella sede di introduzione dell'elettrocattetero, lesione di vasi o strutture cardiache ed infezioni.

CONSEGUENZE AL MANCATO TRATTAMENTO:

Sono maggiori di quelli connessi con la metodica: consistono nella possibilità di continuare ad avere aritmie che possono provocare danni temporanei o permanenti e, in rare occasioni, esporre anche a rischi per la sopravvivenza.

ALTERNATIVE DI EQUIVALENTE EFFICACIA: Il trattamento antiaritmico farmacologico non garantisce assoluta efficacia, esponendo di converso al fastidio di assumere per periodi indefiniti sostanze che possono essere gravate da effetti collaterali avversi.

DURATA DELLA PROCEDURA: 20-40 minuti

REGIME DI ASSISTENZA: La procedura viene eseguita in regime di ricovero day-hospital, se non già ricoverato in ricovero ordinario.

[Digitare il testo]

Data revisione	29/06/2025	Revisione	Dott.sa Bevilacqua Michela Dott Oselladore Luca 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/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:** _____