	UNITA' OPERATIVA COMPLESSA DI CARDIOLOGIA –UTIC Distretto Chioggia Direttore U.O.C. Dr. Roberto Valle	Informativa N° 9 Pag. 1 / 4
	INFORMATIVA PER CARDIOVERSIONE ELETTRICA	

SCOPO DEL TRATTAMENTO:

E' una procedura eseguita in sedazione generale profonda che, mediante l'applicazione esterna di corrente elettrica ha lo scopo di interrompere le aritmie ipercinetiche sopraventricolari (atriali) o ventricolari.

Quest'ultime (tachicardia ventricolare, flutter ventricolare, fibrillazione ventricolare) sono eventi gravi per la vita del paziente o addirittura fatali, pertanto, trattandosi di situazioni di urgenza/emergenza in cui spesso il paziente non è cosciente, non richiedono il consenso del paziente stesso.

INDICAZIONI:

- ✦ Fibrillazione o flutter atriale non associati a valvulopatia mitralica di durata inferiore ad un anno, non risolti con terapia farmacologica.
- ✦ Fibrillazione o flutter atriale mal tollerati emodinamicamente (associati a calo pressorio significativo, a sintomi o segni di scompenso cardiaco, ad angina).

TERAPIA ANTICOAGULANTE ORALE


Durante la fibrillazione atriale il flusso del sangue nelle cavità cardiache circola in modo anomalo e ciò può favorire, in particolare nelle aritmie di durata superiore alle 48 ore, la formazione di trombi ("coaguli" di sangue) in alcune parti del cuore chiamate atri. I trombi possono frammentarsi e disseminarsi nei vasi arteriosi, soprattutto nelle fasi successive la cardioversione elettrica, causando delle embolie.

In presenza di aritmie di durata non nota o superiore alle 48 ore, al fine di ridurre al minimo il rischio di embolie, la cardioversione viene eseguita dopo un adeguato periodo di terapia anticoagulante; in casi particolari e secondo parere medico può essere consigliata l'esecuzione di una particolare ecocardiografia con sonda transesofagea per escludere con maggior sicurezza la presenza di trombi, consentendo così la cardioversione immediata.

CONTROINDICAZIONI:

[Digitare il testo]

Data revisione	29/06/2025	Revisione	Coord. Inf. Pantano Ivan Andrea Dott Vianello Gabriele
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
	INFORMATIVA PER CARDIOVERSIONE ELETTRICA	N° 9 Pag. 2 / 4

Non adeguata scoagulazione (INR < 2.0 in una fase del periodo precedente la procedura di almeno 3 settimane continuative se in terapia con TAO, terapia non assunta regolarmente per almeno le 3 settimane prima della procedura se in terapia con NAO).

Presenza di gravi aritmie ipocinetiche (per es. risposta ventricolare lenta in assenza di specifica terapia farmacologia) poiché potrebbero causare un arresto cardiaco da asistolia.

Pazienti affetti da valvulopatia mitralica con atrio "gigante".

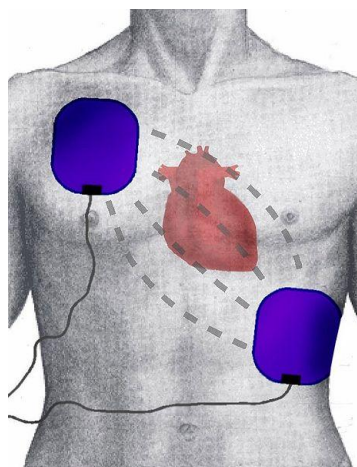
Pazienti con fibrillazione atriale di lunga durata (più di un anno).

MODALITA' D'INTERVENTO:

Allo scopo di evitare qualsiasi percezione di dolore conseguente alla scarica elettrica applicata sul torace, le verrà somministrato un farmaco dall'anestesista di guardia che induce una breve sedazione profonda.

Per tale trattamento sarà necessario il suo consenso scritto su modulo dedicato.


La scarica elettrica viene erogata o tramite due piastre metalliche che vengono appoggiate dal medico sul torace, con l'interposizione di uno strato di gel che favorisce il passaggio della corrente, o tramite piastre adesive monouso.



Durante la cardioversione sarà erogata sul torace una brevissima scarica di corrente sincronizzata con l'elettrocardiogramma. Si possono erogare più scariche, fino a 2-3, aumentando l'energia (es. 100-150-200 Joules).

[Digitare il testo]

Data revisione	29/06/2025	Revisione	Coord. Inf. Pantano Ivan Andrea Dott Vianello Gabriele
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° 9 Pag. 3 / 4
	INFORMATIVA PER CARDIOVERSIONE ELETTRICA	

Questo shock determina una contrazione contemporanea di tutte le cellule cardiache, azzerando i vari circuiti anomali favorendo il ripristino del regolare ritmo sinusale.

Durante la procedura verrà costantemente registrato al monitor l'elettrocardiogramma, la pressione arteriosa ed il grado di ossigenazione del sangue.

A causa dell'effetto residuo del farmaco anestetico, ai pazienti viene consigliato di non guidare e di non prendere importanti decisioni per il resto della giornata.

Qualora la cardioversione venga eseguita in regime di day hospital, è necessario che un'altra persona accompagni il paziente a casa dopo la procedura.

I sedativi anestetici che si usano per la cardioversione sono a breve durata d'azione; quindi, la maggior parte dei pazienti può essere dimessa dopo 3-4 ore dalla procedura.

RISCHI E INCOVENIENTI:



Sono possibili disturbi locali legati alla scarica elettrica (dolore toracico, senso di spossatezza) con una frequenza pari a 1-3% dei casi.

Rischi insiti nella procedura, pure se prescritta e condotta secondo arte e secondo le più moderne conoscenze mediche si verificano nel 2-3% casi e possono consistere in:

- Ripristino tardivo del ritmo cardiaco o emergenza di un ritmo cardiaco molto lento, così da dovere ricorrere, in casi eccezionali, ad una stimolazione elettrica cardiaca temporanea per via transvenosa, transtoracica o transesofagea.
- Partenza di formazioni trombotiche (coaguli) dal cuore che possono finire in qualsiasi distretto del corpo (0,5% casi, soprattutto in presenza di trattamento anticoagulante non adeguato).
- Transitorio calo della pressione arteriosa, che può durare alcuni minuti o qualche ora, in genere facilmente correggibile da infusione di liquidi.
- Edema polmonare (i polmoni si riempiono di liquido causando difficoltà respiratorie), complicanza rara (0,4%).

[Digitare il testo]

Data revisione	29/06/2025	Revisione	Coord. Inf. Pantano Ivan Andrea Dott Vianello Gabriele
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° 9 Pag. 4 / 4
	INFORMATIVA PER CARDIOVERSIONE ELETTRICA	

CONSEGUENZE AL MANCATO TRATTAMENTO: vi è la necessità di continuare con la terapia anticoagulante orale (TAO o NAO) e antiaritmica

ALTERNATIVE DI EQUIVALENTE EFFICACIA:

- Cardioversione farmacologica, se l'insorgenza è acuta: è una procedura terapeutica che generalmente viene eseguita in Pronto Soccorso o nel reparto di aritmologia dell'ospedale e consiste nell'iniettare dei farmaci antiaritmici (amiodarone o flecanide) per endovena.
- Ablazione con radiofrequenza o Crioablazione in determinati casi selezionati; queste però sono tecniche più indaginose, richiedono tempi di esecuzione maggiori e un ricovero ospedaliero.

DURATA DELLA PROCEDURA: 10 minuti

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

In alcuni casi può essere necessario rimanere ricoverati una notte per infondere un farmaco antiaritmico endovena e riprovare una nuova procedura di cardioversione il giorno dopo.

[Digitare il testo]

Data revisione	29/06/2025	Revisione	Coord. Inf. Pantano Ivan Andrea Dott Vianello Gabriele
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:**

