

## SCOPO DEL TRATTAMENTO:

L'ipertensione polmonare è data da un'elevata pressione nella circolazione polmonare. Esistono diversi tipi di ipertensione polmonare che spesso in comune hanno il fatto di esser diagnosticate e riconosciute in fase abbastanza avanzata di malattia.

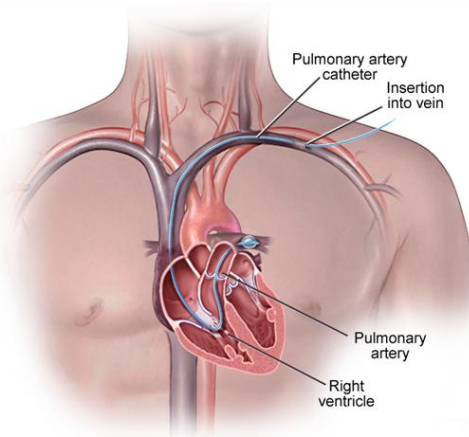
L'ipertensione polmonare può essere dovuta a molteplici fattori. Raramente la causa di tale patologia è ignota (si parla della forma idiopatica o primitiva), più frequentemente l'ipertensione polmonare è associata o secondaria ad altre patologie. La definizione della forma di IP di cui è affetto il paziente (o classe) diagnostica, è importante ai fini della determinazione della corretta strategia terapeutica.

## INDICAZIONI ALLA PROCEDURA:

- Conferma diagnostica della presenza di ipertensione polmonare
- Definizione anatomica e stratificazione fisiopatologica della severità dell'ipertensione polmonare
- Valutazione seriata della progressione dell'ipertensione polmonare e/o dell'efficacia della terapia farmacologica.

## MODALITA' D'INTERVENTO:

La procedura viene eseguita in regime di day-hospital, mantenendo il digiuno da almeno 6 ore prima e previa tricotomia e disinfezione della zona da pungere





© medmovie.com

Il cateterismo cardiaco destro si esegue inserendo nel nostro organismo un piccolo tubicino denominato catetere di Swan Ganz, il quale inserimento avviene partendo da una vena del braccio, dell'inguine o del collo.

Tale esame permette di misurare direttamente o tramite un computer collegato al catetere stesso, alcuni parametri che permettono di valutare la situazione del nostro cuore e quella emodinamica (ossia quella riferita alla circolazione del sangue).

[Digitare il testo]

Data revisione	29/06/2025	Revisione	Coord. Inf. Pantano Ivan Andrea Dott Boscolo Forcola 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	<b>Informativa</b> <b>N° 11</b>  Pag. 2 / 2
	<b>INFORMATIVA AL</b> <b>CATETERISMO CARDIACO</b>	

Il Medico, dopo un'anestesia locale, pungerà una vena (brachiale, femorale o giugulare) ed introdurrà attraverso di essa il sopraccitato catetere che raggiunge il cuore. Sotto controllo radiologico, il catetere verrà posizionato nelle diverse camere cardiache. Successivamente si potranno eseguire le misurazioni necessarie (pressioni intracavitari, portata cardiaca, ecc.). E' possibile che tali misurazioni vengano ripetute dopo la somministrazione di ossigeno o di alcuni farmaci, per meglio verificare il funzionamento del cuore dopo tali terapie.

### **RISCHI E INCOVENIENTI:**

Durante la procedura vengono costantemente controllate le funzioni vitali e vengono prese tutte le precauzioni atte a ridurre al minimo eventuali inconvenienti.

Tuttavia non è possibile escludere nella totalità dei casi alcune complicanze quali:

<b>TIPO DI COMPLICANZA</b>	<b>PERCENTUALE</b>
<b>COMPLICANZE NEL POSIZIONAMENTO</b>	
INSUCCESSO DELLA MANOVRA	2.7-3.4%
EMATOMA	2.5%
PUNTURA ARTERIOSA	1.5%
PNX	1%
<b>COMPLICANZE MECCANICHE</b>	
ROTTURA CATETERE	0.2%
PERFORAZIONE ARTERIA POLMONARE	0.2%
TROMBOSI VENA	2.6%
ARITMIE	12-46%
DI CUI TACHICARDIA VENTRICOLARE	1.5-23%
INFARTO POLMONARE	1.7%

Int J Crit IIIIn Inj Sci. 2017 Jul Sep: 7(3): 172-176

**ALTERNATIVE DI EQUIVALENTE EFFICACIA:** nessuna

**DURATA DELLA PROCEDURA:** 30-45 minuti

**REGIME DI ASSISTENZA:** La procedura viene eseguita in regime di ricovero day-hospital.

### **AVVERTENZE SPECIALI**

**ALLERGIA ALLO IODIO:** La procedura potrebbe prevedere la necessità di somministrare un mezzo di contrasto contenente Iodio, da non utilizzarsi nei soggetti con pregressi episodi allergici se non dopo trattamento medico particolare (pre-medicazione con antistaminici e cortisone) nelle 24 ore precedenti.

È necessario informare i medici di un'eventuale allergia allo iodio

**STATO GRAVIDICO** A causa dell'impiego di raggi X, è necessario informare i medici di un'eventuale gravidanza o possibile gravidanza in atto.

[Digitare il testo]

Data revisione	29/06/2025	Revisione	Coord. Inf. Pantano Ivan Andrea Dott Boscolo Forcola 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./raCognome \_\_\_\_\_ 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:**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_