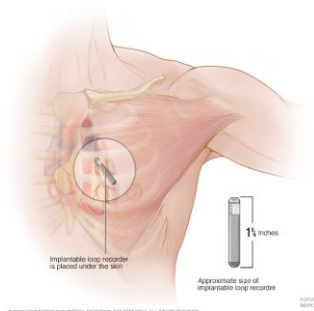
	UNITA' OPERATIVA COMPLESSA DI CARDIOLOGIA –UTIC Distretto Chioggia Direttore U.O.C. Dr. Roberto Valle	Informativa N° 17 Pag. 1 / 2
	INFORMATIVA ALL' IMPIANTO/RIMOZIONE DI LOOP RECORDER	

SCOPO DEL TRATTAMENTO:

Il loop recorder è un registratore impiantabile con memoria della durata di 36 mesi, che permette di valutare il ritmo cardiaco alla comparsa di determinati segni e sintomi, dato che ha una memoria interna in grado di registrare eventi aritmici (sia in modo automatico che dopo attivazione da parte del paziente).



Le indicazioni all'impianto sono:

- quando, dopo varie valutazioni, il meccanismo della sincope (svenimento) rimane poco chiaro, nei pazienti con sintomatologia ed ECG che suggeriscono un'origine aritmica della sincope;
- nei pazienti con ricorrenti sincopi associate a traumi;

MODALITA' D'INTERVENTO:

• MODALITÀ DI IMPIANTO

Il dispositivo viene impiantato sottocute in regione parasternale sinistra con una semplice procedura mini-invasiva.

Salvo diversa indicazione del medico o richiesta del paziente, la procedura viene effettuata in anestesia locale, previa somministrazione di un blando sedativo se necessario.



Viene preparata una "tasca" sottocutanea parasternale sinistra per alloggiare il registratore ed infine si procede alla sutura della ferita.

• MODALITA' DI RIMOZIONE:

salvo diversa indicazione del medico o richiesta del paziente, la procedura viene effettuata in anestesia locale, previa somministrazione di un blando sedativo se necessario.

[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° 17 Pag. 2 / 2
	INFORMATIVA ALL' IMPIANTO/RIMOZIONE DI LOOP RECORDER	

Viene incisa la cute a livello della "tasca" sottocutanea dove è alloggiato il registratore, viene rimosso il device con l'utilizzo di un ferro chirurgico ed infine si procede alla chiusura delle ferite tramite sutura con filo o con appositi cerotti sterili (steri-streep).

RISCHI E INCOVENIENTI:

- ematomi superficiali o in sede di tasca (1% dei casi),
- infezione della tasca (0.2%) o erosione della cute sovrastante (0.3%),
- sepsi (0.13%).

L'impianto è controindicato in caso di:

- alterazioni della coagulazione legate all'assunzione di farmaci e non
- stato infettivo in atto.

ALTERNATIVE DI EQUIVALENTE EFFICACIA:

Non esistono ragionevoli alternative all'impianto di un monitor cardiaco impiantabile per un costante e così prolungato monitoraggio ECG.

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: 20-40 minuti

REGIME DI ASSISTENZA: La procedura viene eseguita in regime ambulatoriale o durante un precedente ricovero.

Il paziente portatore di loop recorder dovrà sottoporsi a controlli ambulatoriali periodici per verificare i dati registrati.

[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:**

