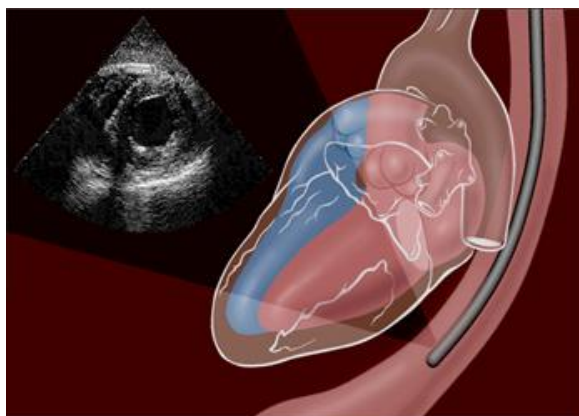
	UNITA' OPERATIVA COMPLESSA DI CARDIOLOGIA –UTIC Distretto Chioggia Direttore U.O.C. Dr. Roberto Valle	<b>Informativa</b> <b>N° 22</b>  Pag. 1 / 2
	<b>INFORMATIVA</b> <b>ALL'ECOGRAFIA TRANSESOFOGEEA</b> <b>(ETE)</b>	

### SCOPO DEL TRATTAMENTO:

E'una procedura che valuta ecocardiograficamente l'anatomia del cuore, utilizzando una sonda ad ultrasuoni, introdotta nell'esofago attraverso alla bocca e posizionata vicino al cuore.

L'introduzione della sonda e' prerogativa del medico.



### MODALITA' D'INTERVENTO:

Per eseguire l'ecocardiogramma transesofageo è necessario non mangiare nè bere dopo la mezzanotte del giorno dell'esame. Le medicine possono essere assunte cercando di bere solo la minima quantità sufficiente per deglutire i farmaci. In caso di diabete è importante consigliarsi con il proprio medico per definire la dose adeguata di Insulina che dovrà essere ovviamente ridotta per il digiuno.

Si deve informare il medico se vi sono:



1. Malattie del fegato croniche
2. Storia di precedenti epatiti
3. Storia di infezioni gravi
4. Allergie a Farmaci
5. Glaucoma
6. Malattie polmonari
7. Disturbi gastrici.

Il paziente viene invitato a togliersi eventuali occhiali ed a rimuovere eventuali protesi dentarie; viene collegato al monitoraggio elettrocardiografico e, tramite una fleboclisi, ad una infusione di soluzione fisiologica che ha il solo scopo di tenere disponibile, per il tempo dell'esame, un accesso venoso per somministrare farmaci in caso di necessità.

Viene eseguita un'anestesia locale della bocca e del retrobocca (faringe) con lidocaina spray (un anestetico locale) e, secondo indicazione medica, eventuale somministrare di sedativo per via endovenosa (midazolam).

[Digitare il testo]

Data revisione	29/06/2025	Revisione	Coord. Inf. Pantano Ivan Andrea Dott.sa Rampazzo Debora
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° 22</b>  Pag. 2 / 2
	<b>INFORMATIVA</b> <b>ALL'ECOGRAFIA TRANSESOFAGEA</b> <b>(ETE)</b>	

Il paziente viene posto sul fianco sinistro con il busto ed il collo leggermente flessi come per guardarsi le gambe. Il medico, dopo avergli inserito tra i denti un boccaglio per non danneggiare la sonda, lo aiuterà nel compito sgradevole, ma non doloroso, di ingoiare la sonda.

L'introduzione della sonda può provocare tosse, eruttazioni, conati di vomito; sono disturbi passeggeri che non devono allarmare il paziente e che non pregiudicano un risultato favorevole dell'esame.

Si deve tenere presente che il tubo non può interferire con la normale respirazione che avviene attraverso il naso e la trachea: si consiglia di respirare lentamente e rilassare i muscoli del collo e delle spalle.

Durante l'esame, con la sonda nell'esofago, non è possibile parlare. Si deve quindi stabilire prima dell'inizio dell'esame un codice di comunicazione attraverso l'uso della mano.

Terminato l'esame si consiglia di non assumere alimenti né liquidi per circa 2 ore e non sarà possibile guidare o svolgere attività che richiedano un'attenzione particolare per l'intera giornata.

### **RISCHI E INCOVENIENTI:**

Ogni volta che "qualcosa" viene introdotta nel nostro corpo esistono dei rischi.

Nel caso dell'ecocardiografia transesofagea i rischi sono ridotti.

Si tratta generalmente di danno locale indotto dalla sonda al passaggio nell'esofago (2-3/1000 casi).

Dovrà comunque segnalare tempestivamente alcuni sintomi che dovessero insorgere dopo l'esame:

- Dolore insolito o difficoltà ad inghiottire
- Dolore addominale o toracico
- Vomito di color caffè o sangue

### **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.

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

### **ALTERNATIVE DI EQUIVALENTE EFFICACIA:**

Risonanza magnetica cardiaca.

**DURATA DELLA PROCEDURA:** 15-20 minuti

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

[Digitare il testo]

Data revisione	29/06/2025	Revisione	Coord. Inf. Pantano Ivan Andrea Dott.sa Rampazzo Debora
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:**

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