



|   |   |  |
|---|---|--|
| <br> | UNITA' OPERATIVA COMPLESSA DI CARDIOLOGIA –UTIC<br>Distretto Chioggia<br>Direttore U.O.C. Dr. Roberto Valle | <b>Informativa</b><br><b>N° 31</b><br><br>Pag. 1 / 2 |
|   | <b>INFORMATIVA AL</b><br><b>TEST ALLA AJMALINA</b>  |  |

## **MODELLO ILLUSTRATIVO PER LA PROCEDURA DEL TEST ALLA AJMALINA**

### **SCOPO DEL TRATTAMENTO:**

Il test alla Ajmalina è un **test farmacologico** che consente di escludere la presenza di Sindrome di Brugada o di confermarne la diagnosi.

La **sindrome di Brugada** è una malattia geneticamente determinata che predispone al rischio di aritmie ventricolari maligne e può essere causa di morte improvvisa in giovani adulti con cuore strutturalmente sano.

### **MODALITA' D'INTERVENTO:**

L'esame è indolore; dopo aver incannolato una vena sull'arto superiore e aver monitorizzato la Sua attività cardiaca, si procederà alla somministrazione della Ajmalina: il farmaco in presenza della malattia farà emergere il profilo elettrocardiografico diagnostico.

### **RISCHI E INCOVENIENTI:**

Questo esame è largamente impiegato e di riconosciuta utilità e nella quasi totalità dei casi l'esame non comporta alcun disturbo; tuttavia sono possibili vertigini, lieve dispnea o senso di mancamento.

Il test, in caso di netta positività dello stesso in corso di somministrazione del farmaco, verrà immediatamente sospeso.

Solo in casi molto rari si ha la comparsa di aritmie ventricolari pericolose (per le quali sarà necessaria la somministrazione di farmaci per la risoluzione del problema o eseguire una cardioversione elettrica), infarto miocardico, scompenso cardiaco.

Sono a Sua disposizione apparecchiature di emergenza e personale addestrato in grado di ridurre eventuali rischi.

**CONSEGUENZE AL MANCATO TRATTAMENTO:** NON praticando il test, potrebbe non essere possibile determinare la causa della sintomatologia o effettuare una diagnosi precoce della Sindrome di Brugada.

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

Esistono altri farmaci che si possono usare per effettuare tale test (per esempio la Flecainide), ma la durata e lo smaltimento del farmaco sono maggiori rispetto alla Ajmalina.

**DURATA DELLA PROCEDURA:** 20-40 minuti

**REGIME DI ASSISTENZA:** La procedura viene eseguita in regime di day-hospital e il farmaco viene completamente eliminato nel giro di 20 minuti.

[Digitare il testo]

|                |              |           |   |
|----------------|--------------|-----------|---|
| Data revisione | 27/06/2025   | Revisione | Dott.sa Bevilacqua Michela<br>Coord. Inf. Pantano Ivan Andrea |
| Approvazione   | Dr. R. Valle | Verifica  | Coord. Inf. Pantano Ivan Andrea                               |

**TEST ALLA AJMALINA**

[Digitare il testo]

|                |              |           |   |
|----------------|--------------|-----------|---|
| Data revisione | 27/06/2025   | Revisione | Dott.sa Bevilacqua Michela<br>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:**

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