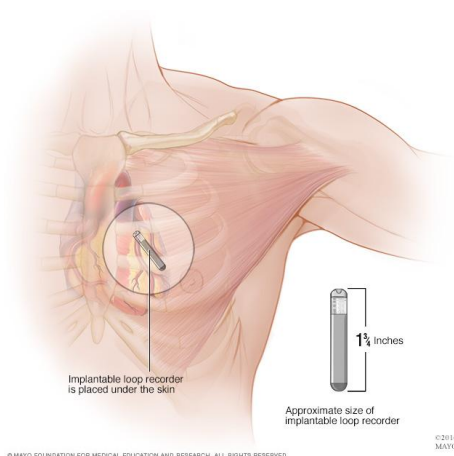
	UNITA' OPERATIVA COMPLESSA DI CARDIOLOGIA –UTIC Distretto Chioggia Direttore U.O.C. Dr. Roberto Valle	Consenso N° 17 Pag. 1 / 2
	INFORMATIVA ALL' IMPIANTO/RIMOZIONE DI LOOP RECORDER	

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	09/12/2025	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	Consenso 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 (steristreep).

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	09/12/2025	Revisione	Dott.sa Bevilacqua Michela Dott Oselladore Luca Coord. Inf. Pantano Ivan Andrea
Approvazione	Dr. R. Valle	Verifica	Coord. Inf. Pantano Ivan Andrea

**Dichiarazione di avvenuta informazione e
consenso/rifiuto/revoca all'atto sanitario
proposto (PAZIENTE ADULTO)**
(ai sensi dell'art. 1 della L. 219/2017)Allegato 1
PAT_PO 00075UO/Servizio di
Ospedale/Distretto di**PARTE I – DATI IDENTIFICATIVI DEL PAZIENTE** (a cura del medico proponente)Cognome Nome
Nato/a il/...../..... a**PARTE II – DATI IDENTIFICATIVI DEL LEGALE RAPPRESENTANTE**Dati del **legale rappresentante** (tutore, amministratore di sostegno) in caso di soggetto privo in tutto o in parte di autonomia decisionaleCognome Nome
Data di Nascita/...../..... ***NB: va allegato il decreto di nomina*****PARTE III –Eventuale indicazione familiari/parte dell'unione civile/ convivente o persona di fiducia**Io sottoscritto/a incarico a ricevere le informazioni
e ad esprimere il consenso in mia vece il/la sig./ra Cognome
Nome Data di Nascita/...../.....
Data ora:

Firma del paziente

Firma dell'incaricato

Firma e Timbro del Medico

PARTE IV – DATI SANITARI E INFORMATIVA (a cura del medico proponente)1) Sintesi situazione clinica:
.....
.....

2) Atti sanitari proposti

Io sottoscritto **DICHIARO** di aver fornito al/alla Sig./a
..... l'informazione sugli atti sanitari proposti secondo i contenuti
previsti nella Procedura Operativa aziendale.NOTE:
.....
.....

Data ora:

Firma e Timbro del Medico

A supporto delle informazioni esposte in occasione del colloquio è stata consegnata scheda informativa che riporta indicazioni, rischi/benefici, possibili complicanze, esiti attesi, prognosi, eventuali possibili alternative, conseguenze prevedibili alla mancata esecuzione delle procedure proposte, eventuali variazioni in corso di intervento (barrare la casella) SI NO

PARTE V – ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO *(Parte a cura dell'equipe medico-chirurgica esecutrice)*

- Io sottoscritto/a dichiaro:
- 1) di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente relativamente a indicazioni, rischi/benefici, possibili complicanze, esiti attesi, prognosi, eventuali possibili alternative, conseguenze prevedibili alla mancata esecuzione delle procedure proposta eventuali variazioni in corso di intervento, attraverso il colloquio informativo con il dott. avvenuto in data alle ore
 - 2) di aver ricevuto scheda informativa relativa agli atti sanitari (barrare la casella) SI NO
 - 3) di esser stato informato della possibilità di richiedere ulteriori informazioni qualora lo desideri
 - 4) di essere a conoscenza della possibilità di **REVOCARE** il presente consenso in qualsiasi momento prima degli atti sanitari
 - 5) di esprimere (barrare la scelta) **CONSENSO** / **RIFIUTO** libero, spontaneo e in piena coscienza agli atti sanitari proposti
 - 6) di essere di NON essere in stato di gravidanza (barrare la scelta)

NOTE:

Data: ora:

Firma del paziente/legale rappresentante

Firma dell'incaricato

Firma e Timbro del Medico

Il colloquio è avvenuto con intervento dell'interprete/mediatore culturale SI NO

PARTE VI – REVOCA DEL CONSENSO

- 1) Io sottoscritto/a
DI REVOCARE IL CONSENSO ai seguenti atti sanitari:

Data: ora:

Firma del paziente/legale rappresentante

Firma dell'incaricato

Firma e Timbro del Medico

NOTE: