

**RICHIESTA PER ECOCARDIOGRAMMA
CON STRESS**

Data: GIUGNO 2015

Pag.1/4

Cognome

Nome

Data di nascita

Indirizzo

Tel. e/o Cel

Peso kg.


| ANAMNESI | | MOTIVO DELL'ESAME | |
|---|---|---|--------------------------|
| Infarto miocardico | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Ricerca di ischemia | <input type="checkbox"/> |
| Rivascolarizzazione miocardica | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Ricerca di vitalità | <input type="checkbox"/> |
| Pacemaker | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Valutazione Valvulopatie | <input type="checkbox"/> |
| Asma bronchiale | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Altro (specificare) | <input type="checkbox"/> |
| Patologia vascolare: Stenosi carotidea | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | |
| Artropatia arti inf. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | |
| SOSPENSIONE TERAPIA ANTI-ISCHEMICA | | TIPO DI INDAGINE | |
| SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | |
| ca-antagonisti gradualmente 24h prima farmaco: | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | riposo e Sforzo | <input type="checkbox"/> |
| beta-bloccanti gradualmente 60h prima farmaco: | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Per ischemia: riposo e Dobutamina | <input type="checkbox"/> |
| nitratati 24 h prima farmaco: | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | riposo e Dipyridamolo | <input type="checkbox"/> |
| | | pacing | <input type="checkbox"/> |
| | | Per vitalità | <input type="checkbox"/> |
| TIPO DI RICHIESTA: | | Sulla base del quadro clinico-elettrocardiografico e delle condizioni del paziente al momento dell'esame il cardiologo che effettua il test provocativo si riserva di sostituire il test ergometrico con quello farmacologico e viceversa. | |
| Ordinaria | <input type="checkbox"/> | | |
| Da programmare fra mesi: | <input type="checkbox"/> | | |
| Urgente (contat. Tel. DM Ecografista U.O.) | <input type="checkbox"/> | | |

***L'appuntamento non sarà assegnato se il modulo non è compilato in ogni sua parte.
Deve essere allegata documentazione cardiologica con l'indicazione all'esame.
Inviare al FAX 0546/601110***

PER INFORMAZIONI RIVOLGERSI ALLA SEGRETERIA CARDIOLOGIA AMBULATORI
DAL LUNEDÌ AL VENERDÌ al TEL. 0546/601358 DALLE ORE 11.00 ALLE ORE 14.30

DATA

Timbro e firma Medico

| | | |
|--|---|---|
|  <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna</p> <p>Dipartimento Cardiovascolare Struttura Complessa di Cardiologia</p> | <p>CONSENSO INFORMATO</p> <p>ALL'ESECUZIONE DI ECOCARDIOGRAMMA CON TEST FARMACOLOGICO</p> | <p>DATA Giugno 2015</p> <p>Allegato 1</p> <p>Pag. 2/4</p> |
|--|---|---|

DATA

Consenso informato all'esecuzione di ecocardiogramma con stress farmacologico

Io sottoscritto/a nato a il,
allo scopo di accertare lo stato del sistema cardiovascolare e/o definire la natura dei disturbi cardiaci da me accusati, acconsento volontariamente ad essere sottoposto a ecocardiogramma con test farmacologico.

Prima di sottopormi alla procedura, sono stato informato dal medico sulle specifiche modalità di esecuzione dell'indagine: sono stato perciò messo al corrente:

- che l'esame comporta la somministrazione per via endovenosa di farmaci: **dipiridamolo** o **dobutamina** ed eventualmente **atropina** regolarmente utilizzati nella pratica clinica cardiologica
- che la somministrazione sarà protratta fino al raggiungimento di specifici criteri elettrocardiografici e/o clinici a meno che io non richieda espressamente la interruzione dell'indagine
- che durante la stessa verrà registrato continuamente l'elettrocardiogramma e verrà misurata la pressione arteriosa ad intervalli regolari
- che dei farmaci utilizzati sopramenzionati esistono gli antidoti specifici (**teofillina**, **betabloccante**) che vengono regolarmente somministrati, sempre per via endovenosa al termine dell'indagine o immediatamente in caso di disturbi gravi o da me ritenuti insopportabili

Sono stato altresì messo al corrente:

che l'esame è **controindicato in caso di gravidanza accertata o sospetta**

- dei disturbi che eventualmente potranno insorgere durante l'indagine (dolore al petto, difficoltà nella respirazione, palpitazioni, senso di mancamento);
- della necessità di avvertire tempestivamente il personale medico ed infermieristico non appena tali sintomi dovessero manifestarsi;
- dei rischi insiti nell'indagine, come elencati nella tabella sotto riportata, pure se prescritta e condotta secondo arte e secondo le più moderne conoscenze mediche;
- del diritto a ritirare il mio consenso in qualsiasi momento senza alcuna spiegazione.

Ho letto e compreso quanto sopra ed ho ottenuto risposta ad ogni mia richiesta o chiarimento.

| Mortalità | | |
|---------------------|---------------------|----------|
| farmaco | N pazienti studiati | N eventi |
| Dipiridamolo | 24599 | 1 |
| Dobutamina | 35103 | 5 |
| Complicazioni gravi | | |
| Dipiridamolo | 1294 | 1 |
| Dobutamina | 557 | 1 |

Da Varga et al. Am J Cardiol 2006; 98: 541 – 543

INFORMATO ED AVENDO COMPRESO I RISCHI CHE UN INCOMPLETO ITER DIAGNOSTICO COMPORTA ACCETTO DI SOTTOPORMI ALL'INDAGINE PROPOSTA:


Firma del Paziente

Firma del medico

INFORMATO ED AVENDO COMPRESO I RISCHI CHE UN INCOMPLETO ITER DIAGNOSTICO COMPORTA RIFIUTO L'INDAGINE PROPOSTA:

Firma del Paziente

Firma del medico

| | | |
|--|--|---|
|  SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna | CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DI ECOCARDIOGRAMMA CON TEST ERGOMETRICO | DATA Giugno 2015 |
| | | Dipartimento Cardiovascolare Struttura Complessa di Cardiologia |

DATA

Consenso informato all'esecuzione di ecocardiogramma con test ergometrico

Io sottoscritto/a, allo scopo di accertare lo stato del sistema cardiovascolare e/o definire la natura dei disturbi cardiaci da me accusati, acconsento volontariamente ad essere sottoposto ad ecocardiogramma associato a test ergometrico.

Prima di sottopormi alla procedura, sono stato informato dal medico sulle specifiche modalità di esecuzione dell'indagine: sono stato perciò messo al corrente:

- che l'esame comporta la esecuzione di una prova da sforzo, eseguita in posizione semisupina
- che in casi particolari è prevista la iniezione in una vena del braccio mezzo di contrasto (soluzione fisiologica agitata) allo scopo di evidenziare alterazioni dei flussi transvalvolari
- la prova da sforzo sarà protratta fino al raggiungimento di specifici criteri ecocardiografici, elettrocardiografici e/o clinici a meno che io non ne richieda espressamente la interruzione
- che durante la stessa verrà registrato continuamente l'ecocardiogramma, l'elettrocardiogramma e verrà misurata la pressione arteriosa ad intervalli regolari

Sono stato altresì messo al corrente:

- dei disturbi che eventualmente potranno insorgere durante l'indagine (dolore al petto, difficoltà nella respirazione, palpitazioni, senso di mancamento);
- della necessità di avvertire tempestivamente il personale medico ed infermieristico non appena tali sintomi dovessero manifestarsi;
- dei rischi insiti nell'indagine (vedi tabella sotto riportata), pure se prescritta e condotta secondo arte e secondo le più moderne conoscenze mediche;
- del diritto a ritirare il mio consenso in qualsiasi momento senza alcuna spiegazione.

Ho letto e compreso quanto sopra ed ho ottenuto risposta ad ogni mia richiesta o chiarimento.

| Complicazioni gravi durante prova da sforzo + ecocardiogramma in 26295 pazienti | |
|---|-----------------|
| Tipo di complicazione | Casi registrati |
| Infarto miocardio acuto | 1 |
| Tachicardia ventricolare sostenuta | 2 |
| Rottura di cuore | 1 |

Da: Varga a. et al. Am J Cardiol 2006; 98: 541 – 543

INFORMATO ED AVENDO COMPRESO I RISCHI CHE UN INCOMPLETO ITER DIAGNOSTICO COMPORTA ACCETTO DI SOTTOPORMI ALL'INDAGINE PROPOSTA:


Firma del Paziente

Firma del medico

INFORMATO ED AVENDO COMPRESO I RISCHI CHE UN INCOMPLETO ITER DIAGNOSTICO COMPORTA RIFIUTO L'INDAGINE PROPOSTA:

Firma del Paziente

Firma del medico

| | | |
|---|--|---------------------------------|
|  <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna</p> | <p>INDICAZIONI PER ECO STRESS</p> | <p>Data: Giugno 2015</p> |
| <p>Dipartimento Cardiovascolare Presidio Ospedaliero di Faenza Servizio di Cardiologia Ambulatori</p> | | <p>Pag. 4/4</p> |

SIG:

nato il :

APPUNTAMENTO GIORNO:

ore:

PRESENTARSI PRESSO L'AMBULATORIO DI CARDIOLOGIA

- L' esame non necessita di digiuno è consigliata una colazione leggera 5 ore prima dell'esame
- E' necessario portare tutta la documentazione clinica
- L'impegnativa deve essere correttamente compilata come segue:
ECOCOLORDOPPLERGRAFIA con stress fisico o farmacologico
- Il giorno dell'esame è consigliato essere accompagnati
- La terapia in corso può essere continuata o sospesa in base al tipo di stress che sarà eseguito
- Presentarsi il giorno dell'esame, con la cute detersa e la depilazione della parte superiore del torace

IL GIORNO DELL'ESAME AVVISARE IL PERSONALE:

- se portatore di protesi dentale mobile
- se in stato di presunta o accertata gravidanza
- In caso di **TEST FARMACOLOGICO**,
dal giorno precedente, non assumere **Tè, Caffè, Coca Cola, Cioccolato, o simili**
- in caso di **STRESS FISICO**
abbigliamento idoneo con scarpe e pantaloni comodi

LA CONFERMA DELLA DATA ED ORARIO DELL'ESAME SARA' COMUNICATA TELEFONICAMENTE DAL PERSONALE DELLA CARDIOLOGIA

PER INFORMAZIONI RIVOLGERSI ALLA SEGRETERIA CARDIOLOGIA AMBULATORI
DAL LUNEDI AL VENERDI al TEL. 0546/601358 DALLE ORE 11.00 ALLE ORE 14.30
FAX. 0546/601110

NOTE A CURA DEL PERSONALE INFERMIERISTICO: