SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna . O S CARDIOLOGIA P O FAENZA Responsabile Dott ssa Ricci Lucchi Giulia	**RICHIESTA PER ECOCARDIOGRAMMA CON STRESS**	DATA: 28/02/2022 Pagina 1 di 4

Cognome **Nome** **Data di nascita**

Indirizzo **Tel. e/o Cel** **Peso kg.**

ANAMNESI					MOTIVO DELL'ESAME	
Infarto miocardico	SI	☐	NO	☐	Ricerca di ischemia	☐
Rivascolarizzazione miocardica	SI	☐	NO	☐	Ricerca di vitalità	☐
Pacemaker	SI	☐	NO	☐	Valutazione Valvulopatie	☐
Asma bronchiale	SI	☐	NO	☐	Altro (specificare)	☐
Patologia vascolare:Stenosi carotidea	SI	☐	NO	☐		
Artropatia arti inf.	SI	☐	NO	☐		

SOSPENSIONE TERAPIA ANTI-ISCHEMICA

SI ☐ NO ☐

ca-antagonisti gradualmente 24h prima **SI** **NO**
farmaco:

beta-bloccanti gradualmente 60h prima **SI** **NO**
farmaco:

nitrati 24 h prima **SI** **NO**
farmaco:

TIPO DI RICHIESTA:

Ordinaria ☐
Da programmare fra mesi: ☐
Urgente (contat. Tel. DM Ecografista U.O.) ☐

TIPO DI INDAGINE

Per ischemia:
- riposo e Sforzo ☐
- riposo e Dobutamina ☐
- riposo e Dipiridamolo ☐
- pacing ☐

Per vitalità ☐

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.

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 LUNEDI AL VENERDI al TEL. 0546/601358 DALLE ORE 11.00 ALLE ORE 14.30

DATA

Timbro e firma Medico

.....

FC.16.13.203 A3

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 <u>ACCETTO DI SOTTOPORMI ALL'INDAGINE PROPOSTA:</u>

Firma del Paziente _____ Firma del medico _____

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

Firma del Paziente _____ Firma del medico _____

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 <u>ACCETTO DI SOTTOPORMI ALL'INDAGINE PROPOSTA:</u>

Firma del Paziente _____ Firma del medico _____

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

Firma del Paziente _____ Firma del medico _____

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: