

REGIONE PIEMONTE

ASL NO - AZIENDA SANITARIA LOCALE DI NOVARA ASL BI - AZIENDA SANITARIA LOCALE DI BIELLA
ASL VCO - AZIENDA SANITARIA LOCALE VERBANO CUSIO OSSOLA
ASL VC - AZIENDA SANITARIA LOCALE DI VERCELLI
AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA "MAGGIORE DELLA CARITA' " - NOVARA

ECOCARDIOGRAMMA TRANS ESOFAGEO

INFORMAZIONI GENERALI

COGNOME e NOME del PAZIENTE _____

DATA e LUOGO di NASCITA _____

INDIRIZZO e LUOGO di RESIDENZA _____

INFORMAZIONE AL PAZIENTE

Egregio Sig. /Gentile Sig.ra,

al fine di essere pienamente informata/o sulla procedura proposita, La invitiamo a leggere attentamente il presente documento.

L'**ecocardiogramma transesofageo** è fondamentalmente una forma di endoscopia della parte alta del tubo digerente (paragonabile pertanto ad una gastroscopia) atta ad esplorare in maniera ottimale il cuore ed i grossi vasi.

L'esame proposto, eseguito da Personale Esperto, prevede che Lei debba sopportare il disagio della introduzione, attraverso la bocca sin nell'esofago, di una sonda, di piccole dimensioni. L'esofago è l'organo che connette la bocca con lo stomaco, passando dietro al cuore, in una posizione, quindi, che consente di "vedere" il cuore da vicino e da una posizione opposta a quella dell'esame trans toracico (effettuato di fronte)



La procedura è controindicata in caso di malattie dell'esofago e/o di difficoltà alla deglutizione. Per tale motivo, in pazienti con pregressa patologia esofagea e/o precedentemente sottoposti ad interventi chirurgici dell'esofago, la fattibilità dell'esame verrà discussa con i colleghi gastroenterologi e/o chirurghi.

MODALITA' DI ESECUZIONE

La durata complessiva dell'esame è di circa 10-15 minuti. Esso è fastidioso ma, se Lei riuscirà a collaborare e a mantenere la calma, il disagio sarà minore. Il momento più difficile è quello dell'introduzione della sonda, poiché si possono manifestare colpi di tosse, eruttazioni, conati di vomito; sono disturbi passeggeri che non la devono allarmare e che non pregiudicano un risultato favorevole dell'esame. La sonda non interferisce con la normale respirazione.

Viene effettuata anestesia locale della bocca e del retrobocca (faringe) con lidocaina spray e con sedativi somministrati per via endovenosa (midazolam, benzodiazepine); a tale scopo sarà necessario incanalare una via venosa periferica.

REGIONE PIEMONTE

ASL NO - AZIENDA SANITARIA LOCALE DI NOVARA ASL BI - AZIENDA SANITARIA LOCALE DI BIELLA

ASL VCO - AZIENDA SANITARIA LOCALE VERBANO CUSIO OSSOLA

ASL VC - AZIENDA SANITARIA LOCALE DI VERCELLI

AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA "MAGGIORE DELLA CARITA' " - NOVARA

ECOCARDIOGRAMMA TRANS ESOFAGEO

Mentre la inviteremo a deglutire verrà quindi introdotta la sonda tramite la bocca. Durante l'esame il cardiologo valuterà le strutture cardiache, mentre il personale infermieristico sorveglierà costantemente le sue condizioni cliniche. Nel caso in cui vengano riscontrate gravi patologie cardiache e/o si manifestino effetti indesiderati/reazioni a farmaci i Clinici valuteranno la necessità di prolungare l'osservazione o disporre il ricovero.

L'esame sarà eseguito in regime: ambulatoriale di ricovero (degenza ordinaria/ Day Hospital) con lo scopo di:

- ✓ completare, integrare e migliorare la definizione dell'ecocardiografia transtoracica, soprattutto rispetto alle valvole cardiache (native o protesiche)
- ✓ ricercare eventuali formazioni trombotiche, vegetazioni intracavitarie o patologie riguardanti l'Aorta toracica
- ✓ studiare la morfologia dei setti cardiaci (difetto interatriali e/o interventricolari) e dell'auricola
- ✓ valutare l'ictus cerebrale.

POSSIBILI RISCHI / COMPLICANZE

L'ecocardiografia transesofagea è una metodica estremamente sicura ed è molto improbabile che si verifichino delle complicazioni; le percentuali di insuccesso tecnico riportate in letteratura sono basse (1-4% dei casi).

Possono comparire complicanze minori quali:

- ✓ aritmie cardiache, solitamente ben tollerate, che molto raramente richiedono un trattamento farmacologico.
- ✓ Irritazioni locali e transitorie dell'orofaringe, secondarie all'attrito esercitato dalla sonda

Le principali complicanze maggiori (rarissime) sono:

- ✓ Traumi perforanti dell'esofago durante l'introduzione (0.1%), l'emorragia (0.03%), la bronco aspirazione (0.08%) e la batteriemia transitoria (5%).

Non si escludono altri esiti o complicanze eccezionali riportate dalla letteratura internazionale.

POSSIBILI RISCHI AGGIUNTIVI

REAZIONI ALLERGICHE E IDIOSINCRASICHE

I farmaci somministrati potrebbero causare reazioni allergiche non prevedibili, che vanno da lievi a potenzialmente fatali: le reazioni gravi sono comunque estremamente rare, specie in soggetti non noti come allergici. L'ambulatorio è comunque dotato di tutti i farmaci e mezzi necessari a garantire la sicurezza del paziente.

E' quindi importantissimo segnalare sempre al Medico eventuali episodi allergici già noti e/o occasionali (a farmaci o di altro tipo) sofferti in precedenza.

L'ambulatorio è dotato di farmaci e mezzi necessari a garantire la sicurezza del paziente. In caso di pazienti con grave patologia respiratoria l'esame, se necessario, viene effettuato in presenza del collega anestesista.

ALTERNATIVE

In alternativa alla procedura propostole, in assenza di controindicazioni specifiche legate alle sue condizioni cliniche, possono essere utilizzate: TC, RM , Cardioangiografia. Tali tecniche, peraltro, forniscono informazioni sovrapponibili a quelle dell'ecocardiografia transesofagea.

REGIONE PIEMONTE

ASL NO - AZIENDA SANITARIA LOCALE DI NOVARA ASL BI - AZIENDA SANITARIA LOCALE DI BIELLA

ASL VCO - AZIENDA SANITARIA LOCALE VERBANO CUSIO OSSOLA

ASL VC - AZIENDA SANITARIA LOCALE DI VERCELLI

AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA "MAGGIORE DELLA CARITA' " - NOVARA

ECOCARDIOGRAMMA TRANS ESOFAGEO

COME CI SI DEVE COMPORTARE

PRIMA del Trattamento:

- Legga attentamente le informazioni contenute nel presente modulo: in caso di dubbi chieda chiarimenti al Medico che Le ha proposto il trattamento.)
- Non mangi o beva nelle 4 – 6 ore prima della procedura
- La mattina dell'esame assuma regolarmente tutti i farmaci abituali, tranne se prescritto diversamente dal medico. Le medicine devono essere assunte con poca acqua. I pazienti diabetici devono chiarire in anticipo con il proprio medico le dosi di insulina o antidiabetici da utilizzare quel giorno.
- Non applichi lozioni o creme sul torace, poiché queste possono interferire con l'aderenza delle piastre
- Porti con sé una lista completa delle medicine assunte e la documentazione sanitaria cardiologica in suo possesso.
- Segnali sempre al Medico Ospedaliero che La segue eventuali allergie sofferte in passato.
- Informi il personale sanitario riguardo a:
 - Allergie a farmaci
 - Difficoltà alla deglutizione, Eventuali interventi subiti sul tratto oro-esofageo
 - Anamnesi significativa (storia) di infezioni
 - Patologie epato-addominali: disturbi gastrici, malattie epatiche (fegato)
 - Glaucoma oculare
 - Difficoltà respiratoria o malattie polmonari

DURANTE la procedura

Verrà invitato a togliersi gli occhiali ed a rimuovere eventuali protesi dentarie e verrà collegato al monitor elettrocardiografico. In via cautelativa verrà posizionato un ago in una vena del braccio: tale via di perfusione ci consentirà tempestivamente di somministrare farmaci, se necessario.

Lei verrà posizionato sul fianco sinistro con il busto ed il collo leggermente flessi (come per guardarsi le gambe). Il medico, dopo averle inserito tra i denti un boccaglio per non danneggiare la sonda, lo aiuterà nell'ingoiare la sonda.

Durante l'esame non le sarà possibile parlare (data la presenza della sonda), per cui Le verranno date indicazioni sul modo di comunicare (alzata di mano).

Cecchi di respirare lentamente cercando di rilassare i muscoli del collo e delle spalle.

DOPO la procedura

- Segnali sempre ai Sanitari qualsiasi sintomo comparso dopo la procedura.
- Non le è consentito guidare; quindi richiedi l'assistenza di una persona che possa riportarla a casa.
- Per il resto della giornata, non può guidare, utilizzare macchinari pesanti o prendere decisioni importanti.
- Potrebbe avvertire una modesta dolenzia al torace o irritazione alla pelle. Una crema lenitiva e' sufficiente a tale scopo.
- Eviti di mangiare e/o bere per le prime due ore dalla fine della procedura
- Laddove lo specialista lo ritenga necessario Le verrà indicata la profilassi per l'Endocardite batterica (antibiotico)

BIBLIOGRAFIA:

- Ecocardiografia transesofagea, applicazioni cliniche. GL Nicolosi-G. Bisignani, Piccin
- Guidelines from the working group - Raccomandazioni per l'effettuazione dell'ecocardiografia transesofagea. Eur J Echocardiography (2001) 8/21
- ACC/AHA/ASE 2003 Guideline Updater for the clinical application of echocardiography
- ACC/AHA/ Practice guidelines

REGIONE PIEMONTE

ASL NO - AZIENDA SANITARIA LOCALE DI NOVARA ASL BI - AZIENDA SANITARIA LOCALE DI BIELLA

ASL VCO - AZIENDA SANITARIA LOCALE VERBANO CUSIO OSSOLA

ASL VC - AZIENDA SANITARIA LOCALE DI VERCELLI

AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA "MAGGIORE DELLA CARITA' " - NOVARA

ECOCARDIOGRAMMA TRANS ESOFAGEO

STRUTTURA : _____

ECOCARDIOGRAMMA TRANS ESOFAGEO - DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO -

COGNOME e NOME del PAZIENTE _____

DATA e LUOGO di NASCITA _____

INDIRIZZO e LUOGO di RESIDENZA _____

- ✓ Confermo di aver letto e compreso il documento informativo per il paziente relativo al trattamento sopra riportato e aver avuto la possibilità di porre domande.
- ✓ Ho compreso che sottopormi a tale trattamento può comportare rischi, che mi sono stati illustrati e mi è chiaro cosa comporti il non sottopormi alla procedura propositami.
- ✓ Sono stato informato della possibilità di revocare il mio consenso in qualunque momento.

IO SOTTOSCRITTO NEL PIENO POSSESSO DELLE MIE FACOLTÀ': _____ (Siglare le caselle interessate)

ACCONSENTO / RIFIUTO

di essere sottoposto a ECOCARDIOGRAMMA TRANS ESOFAGEO

FIRMA del PAZIENTE _____

=====

[Solo se questi non fosse in grado di firmare autonomamente]

Il/la Sottoscritto/a _____ Nato il ___/___/___ a _____ ()

Residente in _____ () Via _____ N.° _____

Su nomina dell'autorità giudiziaria, in qualità di (barrare la voce interessata):

Tutore Amministratore di sostegno Curatore Speciale

FIRMA del LEGALE RAPPRESENTANTE _____

=====

Ritengo che la /il mia/o paziente, con cui ho discusso questo consenso informato fornendo tutte le spiegazioni e i chiarimenti richiesti, abbia ben compreso quanto esposto.

Novara li _____ h: _____
Data e ora colloquio Generalità del Medico (in stampatello) Firma del Medico

=====

In data odierna **REVOCO** il consenso precedentemente concesso.

Novara li _____ h: _____ Firma Paziente/Legale Rappresentante _____