

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N.	<u>0882</u>
Del	<u>- 1 GIU. 2015</u>

Oggetto: Consensi Informati Procedure in Cardiologia.

IL DIRETTORE GENERALE

Con l'assistenza del Segretario, sulla base dell'istruttoria e della proposta formulata dal dott. Vincenzo Defilippis, Dirigente Responsabile UO Medicina Legale, incaricato di assicurare le attività dell'UOC di Risk Management, che attesta la regolarità formale del procedimento ed il rispetto della legalità, considera e determina quanto segue:

Premesso che:

- La Direzione Generale della Asl Bari ha adottato la Deliberazione n.2011 del 24 ottobre 2014 "Procedure per la redazione delle Linee Guida e dei Percorsi Diagnostico - Terapeutici e Assistenziali Aziendali";

Rilevato che:

- in detta Deliberazione n.2011 del 24 ottobre 2014 è stabilito quanto segue:
 - l'acquisizione dalle Strutture Dipartimentali di Linee Guida e P.D.T.A. relativi ai principali D.R.G. elaborati dalle rispettive Unità Operative di afferenza secondo una dinamica botton-up;
 - La validazione delle proposte dipartimentali di Linee Guida e P.D.T.A. da parte della U.O.C. di Risk Management e del Gruppo di Lavoro per le Linee Guida e i P.D.T.A;
 - La successiva predisposizione degli atti deliberativi da parte della Direzione Sanitaria Aziendale al fine di procedere ad un applicazione uniforme delle procedure diagnostico – terapeutiche ed assistenziali e delle Linee Guida di riferimento scientifico nazionali ed internazionali nell'intera Asl Bari al fine di garantire la sicurezza

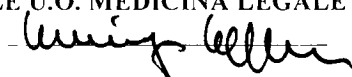
degli operatori sanitari e l'efficacia delle prestazioni erogate ai cittadini utenti.

- il Dipartimento di Cardiologia ha prodotto nuovi modelli per le procedure in Cardiologia da allegare a nuovo Consenso Informato di base;
- La UOC di Risk Management - Medicina Legale ha validato i modelli di procedure suddetti;
- Il Gruppo di Lavoro Aziendale per le Linee Guida e i P.D.T.A in data 31 luglio 2014 ha esaminato le procedure proposte ed espresso parere positivo.

RITENUTO:

di adottare i modelli di procedure allegati al Consenso Informato di base proposti dal Dipartimento di Cardiologia, che formano parte integrante e sostanziale del presente provvedimento:

IL DIRIGENTE RESPONSABILE U.O. MEDICINA LEGALE
DOTT. VINCENZO DEFILIPPIS



Assunto il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario.

DELIBERA

Assunto quanto esposto in narrativa, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente dispositivo:

- di adottare i modelli di procedure allegati al Consenso Informato di base proposti dal Dipartimento di Cardiologia;
- di trasmettere e notificare il presente provvedimento ai Direttori dei Presidi Ospedalieri, ai Direttori dei Dipartimenti e dei Distretti Socio-Sanitari, ai Direttori delle Unità Operative Ospedaliere di Cardiologia e ai Responsabili delle strutture ambulatoriali territoriali di Cardiologia della ASL Bari.

Il Dirigente Responsabile dell'U.O. Medicina Legale dott. Vincenzo Defilippis, proponente, nel sottoscrivere il presente atto, evidenzia che lo stesso non comporta costi aggiuntivi a carico della ASL Bari.

REGIONE PUGLIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE ASL BA
U.O. DI CARDIOLOGIA UTIC
P.O. "S. PAOLO"
Direttore Dott. Pasquale Caldarola
Tel 080/5843486-5843491

TEST ALLA FLECAINIDE O ALL'AJMALINA

COSA E' IL TEST: consiste nella somministrazione di un farmaco in grado di slatentizzare anomalie elettrocardiografiche. Durante la somministrazione del farmaco e per alcune ore successive al test il paziente viene sottoposto a monitoraggio ECG e clinico.

FINALITA' DEL TEST: il test viene eseguito per

Confermare il sospetto di Sindrome di Brugada, che e' una malattia genetica responsabile di aritmie minacciose e morte improvvisa soprattutto nei giovani;

Valutare la tendenza a sviluppare aritmie ventricolari pericolose per la vita e definire la natura dei disturbi cardiaci accusati;

Stabilire l'ulteriore iter diagnostico e/o terapeutico o consentire un controllo dell'efficacia della terapia in atto.

DISTURBI CHE POSSONO VERIFICARSI DURANTE IL TEST:

Nella quasi totalita' dei casi l'esame non comporta alcun disturbo; tuttavia possono verificarsi sintomi quali vertigini, lieve dispnea, senso di mancamento, dolore toracico, palpitazioni. E' necessario avvertire immediatamente il personale che sta eseguendo il test, qualora si presentassero sintomi.

RISCHI LEGATI AL TEST:

In casi molto rari si ha la comparsa di aritmie ventricolari pericolose per la vita per le quali potrebbe rendersi necessaria la somministrazione di farmaci o una immediata cardioversione elettrica. La informiamo comunque che il personale che esegue il test è addestrato per fronteggiare le emergenze/urgenze e che sono prontamente disponibili le apparecchiature necessarie al trattamento di eventuali complicanze che dovessero insorgere.

E' opportuno informarla che non esistono alternative a questa prova e che in caso di NON ESECUZIONE della procedura potrebbe determinarsi un'evoluzione peggiorativa del quadro clinico, con il rischio di eventi fatali.

REGIONE PUGLIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE ASL BA
U.O. DI CARDIOLOGIA UTIC
P.O. "S. PAOLO"
Direttore Dott. Pasquale Caldarola
Tel 080/5843486-5843491

CONSENSO INFORMATO PER L'IMPIANTO DEL PACEMAKER DEFINITIVO

CHE COSA E' II PM

E' un sistema di elettrostimolazione costituito da due parti: il generatore degli impulsi elettrici, che verrà inserito all'interno della tasca sottocutanea creata chirurgicamente in regione sottoclaveare, ed il sistema conduttore di tali impulsi al cuore. A secondo dei casi, quest'ultimo può essere costituito da un singolo filo (catetere) posizionato all'interno del cuore a contatto con le pareti del ventricolo o dell'atrio di destra (impianto monocamerale), oppure da due cateteri (impianto bicamerale), o da tre cateteri (impianto atrio-biventricolare).

FINALITÀ DELL'INTERVENTO

L'applicazione di uno stimolatore cardiaco, o pacemaker (PM), permette di

- correggere o prevenire i disturbi (svenimenti, vertigini, astenia , dispnea) dovuti ad un patologico rallentamento della frequenza del cuore oppure
- ridurre i rischi correlati all'utilizzo di alcuni farmaci necessari per altre patologie (tachicardie, angina, ecc);
- - oppure stimolare il cuore per migliorarne la sua funzione contrattile ovvero la capacità di pompare sangue.

DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO

L'intervento viene effettuato generalmente in anestesia locale; i medici valuteranno la necessità di una sedazione preventiva con farmaci ansiolitici. Durante la procedura, la cui durata complessiva è variabile in relazione alle difficoltà tecniche incontrate dagli operatori (in media da 1 a 3 ore), le verrà chiesto di rimanere in posizione sdraiata senza muoversi; potrà comunque parlare con i sanitari e riferire qualunque disturbo dovesse avvertire.

In alcune circostanze può essere necessario fare precedere all'impianto del PM definitivo il posizionamento di un catetere stimolatore temporaneo (attraverso la vena femorale, situata all'inguine), collegato ad un PM esterno, che successivamente verrà rimosso.

Gli elettrocateteri verranno introdotti all'interno di un vaso venoso situato nella regione del petto (vena cefalica o, in alternativa, vena succlavia), che, verrà reperito o mediante isolamento chirurgico (vena cefalica) o mediante puntura percutanea utilizzando la tecnica di Seldinger (vena succlavia o ascellare). Potrà rendersi necessaria l'iniezione preliminare di una piccola quantità di mezzo di contrasto iodato per consentire la visualizzazione radiosopica del decorso del vaso. La scelta del lato (sinistro o destro) e della vena di accesso verrà effettuata dagli operatori in base a criteri anatomici. A questo punto il catetere verrà avanzato sotto controllo radiosopico, all'interno del cuore. Successivamente, verranno eseguite alcune misure elettriche per confermare il buon posizionamento degli elettrocateteri, che saranno poi collegati

h h

allo stimolatore; durante tali manovre potrà avvertire palpitazioni, dovute a transitorie irregolarità del battito cardiaco. Infine si procederà alla sutura del sottocutaneo e della cute per chiudere la ferita chirurgica.

COMPLICANZE

Le possibili complicanze del trattamento si dividono in intra operatorie e post operatorie.

Le complicanze intra-operatorie più frequenti includono: sanguinamenti della tasca, pneumotorace, versamento ematico nel pericardio, aritmie (bradicardie o tachicardie). Il trattamento di tali complicanze può prevedere interventi aggiuntivi anche invasivi che possono prolungare la successiva degenza.

Nella letteratura medica sono descritti rarissimi casi di decesso durante la procedura.

Le complicanze post-operatorie (riscontrabili nei giorni o nei mesi successivi la procedura) includono: versamento sieroso-ematico nella tasca sottocutanea (ematoma), erosione della cute sovrastante lo stimolatore e gli elettrocateri, trombosi delle vene del braccio, infezioni localizzate o sistemiche, spostamento degli elettrocateri dalla sede iniziale con necessità di riposizionamento degli stessi.

Di seguito vengono riportate le percentuali di complicanze secondo i dati della letteratura medica:

Dislocazione elettrodi	1-18%
Pneumotorace	1,1-2,25%
Ematoma della tasca	0,5-4,58%
Infezione/decubito	0,5-2,27%
Versamento pericardico	0,1-0,8%
Trombosi della vena succlavia	0,44-0,7%

La nostra struttura registra un tasso di complicanze in linea con i dati della letteratura e possiede la capacità di intervento per fronteggiarle, disponendo prontamente delle apparecchiature necessarie e di personale addestrato ad affrontarle.

Il mancato impianto del pace-maker impedisce di curarla adeguatamente e ciò comporta la persistenza e/o l'aggravamento dei disturbi che lei accusa fino al rischio di vita.

DOPO L'INTERVENTO

In linea generale, il periodo necessario per un recupero funzionale è di circa 15 gg, onde consentire un'adeguata cicatrizzazione della ferita chirurgica; il controllo delle ferite è prevista dopo circa 7-10 gg.

Dopo la dimissione è necessario seguire tutte le disposizioni e i trattamenti prescritti; in particolare vi sono dei controlli periodici (1 - 2/anno), cui sottoporsi presso il nostro o altro Centro di elettrostimolazione abilitato al controllo dei PM.

Con alcuni dispositivi tali valutazioni possono essere solo parzialmente sostituite da controlli a distanza attraverso linea telefonica e/o rete internet.

Il portatore di PM ha una vita sostanzialmente normale, dovendo solo osservare alcune attenzioni. In particolare, dopo l'impianto del PM (con l'eccezione dei dispositivi RMN compatibili, sempre più diffusi sul mercato), non sarà più possibile l'esposizione a forti campi magnetici (come quelli impiegati in risonanza magnetica o nella magneto - terapia dell'artrosi) oppure a correnti elettriche terapeutiche (come quelle della stimolazione neuro - muscolare).

Dopo la dimissione, in caso di comparsa di dolenzia con tumefazione o arrossamento in corrispondenza della tasca è necessario rivolgersi all'Ambulatorio Pacemaker di pertinenza.

ESITI CICATRIZIALI

Gli esiti cicatriziali sono rappresentati da una cicatrice chirurgica (lunghezza 4-6 cm) al di sotto della clavicola; si può vedere inoltre un lieve rigonfiamento determinato dal dispositivo (spessore ca 5 mm) a livello della cicatrice

AVVERTENZE SPECIALI

ALLERGIA ALLO IODIO

La procedura potrebbe prevedere la necessità di somministrare un mezzo di contrasto contenente Iodio, da non utilizzarsi nei soggetti con pregressi episodi allergici se non dopo trattamento medico particolare (pre - medicazione con antistaminici e cortisone) nelle 24 ore precedenti.

ALLERGIA AGLI ANTIBIOTICI

Prima ed eventualmente subito dopo la procedura vengono somministrati ANTIBIOTICI per la profilassi delle infezioni. Eventuali allergie ad antibiotici devono essere tempestivamente segnalate

STATO GRAVIDICO

A causa dell'impiego di raggi X, è necessario informare i medici di una eventuale gravidanza o possibile gravidanza in atto.

REGIONE PUGLIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE ASL BA
U.O. DI CARDIOLOGIA UTIC
P.O. "S. PAOLO"
Direttore Dott. Pasquale Caldarola
Tel 080/5843486-5843491

CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DEL MASSAGGIO DEL SENO CAROTIDEO

CHE COSA E' IL MASSAGGIO DEL SENO CAROTIDEO

E' un esame clinico-strumentale provocativo che permette di riprodurre i disturbi da lei riferiti e poterne dedurre la causa. Mediante questo esame si può quindi capire se il suo svenimento dipende da una bradicardia marcata (riduzione del battito cardiaco), da una ipotensione arteriosa (abbassamento dei valori di pressione arteriosa) o da entrambe le cause.

PERCHE' SI FA

Questo esame viene eseguito quando un paziente ha presentato uno o più episodi sincopali , come nel suo caso. La sincope è un sintomo caratterizzato dalla transitoria e rapida perdita dello stato di coscienza associata all'incapacità di mantenere il tono posturale, con successiva caduta al suolo. Nella maggior parte dei casi la sincope è di natura vasovagale (svenimento comune).

MODALITA' DI ESECUZIONE

Il test si esegue effettuando una compressione manuale di una zona laterale del collo *a destra ed a sinistra* (in corrispondenza dell'arteria carotide) dove si trova un centro di regolazione della pressione arteriosa e della frequenza cardiaca. Durante l'esame il paziente è sotto stretto controllo sanitario e monitorato continuamente per i parametri di pressione arteriosa e frequenza cardiaca. *(prima di eseguire il test il medico si informa su precedenti patologie neurologiche ed esclude la presenza di soffi nella zona interessata)*

RISCHI E COMPLICANZE

L'esame è ritenuto sicuro perchè riproduce, in ambiente controlato, disturbi a lei già noti e che si manifestano prima o durante lo svenimento. La manovra non è dolorosa, ma il paziente può avvertire un leggero fastidio correlato alla compressione dei vasi del collo. E' stato descritto un basso numero di complicanze (2-4 per mille) di carattere neurologico (ischemia cerebrale transitoria, ictus cerebrale). I disturbi che possono essere avvertiti sono stanchezza agli arti, sudorazione, calore, nausea, offuscamento della vista, capogiri, ai quali potrà seguire la perdita di conoscenza. Il recupero avviene generalmente entro pochi minuti.

Questa struttura possiede la capacità di intervento in caso di complicanze, disponendo prontamente delle apparecchiature necessarie e di personale addestrato per fronteggiare qualsiasi urgenza/emergenza.

REGIONE PUGLIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE ASL BA
U.O. DI CARDIOLOGIA UTIC
P.O. "S. PAOLO"
Direttore Dott. Pasquale Caldarola
Tel 080/5843486-5843491

**CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DI ESAME
CORONAROGRAFICO, ANGIOGRAFICO, ANGIOPLASTICA PERCUTANEA**

Lo scopo del presente modulo è quello di informarla sul rischio-beneficio relativo alla procedura cui le è stato proposto di sottoporsi per conoscere la causa della sua malattia e decidere conseguentemente il relativo trattamento.

Cateterismo cardiaco, Coronarografia e/o Angiografia periferica,

Che cosa e' e come si esegue

Per cateterismo cardiaco si intende la misurazione delle pressioni e, se necessario, la misurazione della concentrazione di O₂ con un prelievo di sangue, all'interno delle camere cardiache mediante l'inserimento di sondini (cateteri) attraverso un accesso vascolare arterioso e/o venoso.

Per coronarografia, ventricolografia e angiografia si intende l'opacizzazione delle coronarie (arterie che irrorano il cuore), del ventricolo o di altri distretti vascolari (aorta, arterie carotidi, arterie renali, arterie degli arti superiori o inferiori) mediante iniezione di mezzo di contrasto al loro interno e con visualizzazione, utilizzando i raggi X; è possibile che lei avverta sensazione di calore durante l'iniezione. Per raggiungere il distretto da opacizzare è necessario inserire uno o più cateteri utilizzando un accesso vascolare quale l'arteria radiale (al polso) l'arteria femorale (all'inguine) o, in casi particolari, altri accessi vascolari, previa anestesia locale. I cateteri vengono poi avanzati fino al distretto da studiare.

Talora la sola opacizzazione delle coronarie non è sufficiente a valutare la gravità della malattia; in questi casi l'esame sarà completato inserendo nella coronaria, sempre tramite il catetere, o un filo di pressione (per misurare la differenza di pressione determinata dal restringimento) o un sonda ecografica o tomografica (IVUS e/o OCT) che permette una più dettagliata visualizzazione del vaso malato.

Al termine della procedura, al fine di evitare sanguinamenti, che potrebbero comportare la comparsa di ematomi, viene eseguita una medicazione compressiva o vengono utilizzati dispositivi di chiusura dell'accesso vascolare. Le verrà chiesto di restare a riposo, a letto per 6-12 o più ore. La mancata osservazione del riposo a letto dopo la procedura può essere la causa di complicanze.

Perche' si fa

Questi esami consentono di conoscere la sede esatta di eventuali lesioni vascolari (stenosi, aneurismi, dissezioni, etc), il che costituisce la base per la scelta della terapia più appropriata.

Potenziali rischi

Questi esami presentano il rischio di alcune, seppur rare, complicanze. Le più comuni si possono raggruppare nelle seguenti categorie:

a) complicanze legate alla puntura del vaso: ematomi (raccolte di sangue), pseudoaneurismi, fistole artero-venose, infezioni, occlusione acuta o cronica del vaso (per trombosi o embolia). L'incidenza di tali complicanze è complessivamente inferiore all'1%. Tali complicanze possono verificarsi anche dopo chiusura del sito di puntura con dispositivi percutanei. L'utilizzo dell'accesso radiale, largamente utilizzato in questa U.O., ha consentito una drastica riduzione delle complicanze legate al sito di puntura.

b) complicanze legate al cateterismo: eccezionalmente si possono verificare scompenso cardiaco, complicanze neurologiche (ischemia o emorragia cerebrale), infarto del miocardio e morte soprattutto, ma non esclusivamente, nei pazienti in condizioni cliniche più gravi e con comorbidità. Durante la coronarografia si può verificare, seppur in rarissimi casi, dissezione coronarica o dell'aorta ascendente che possono richiedere un'angioplastica coronarica in emergenza e/o un intervento cardiocirurgico.

c) complicanze legate al mezzo di contrasto: reazioni allergiche, nella maggior parte dei casi benigne. Le reazioni allergiche gravi sono estremamente rare (0.15-0.7%). A tal riguardo è importante segnalare eventuali manifestazioni allergiche verificatesi in precedenza, al fine di adottare specifici protocolli di desensibilizzazione. Nei pazienti con insufficienza renale l'utilizzo del mezzo di contrasto può causare un transitorio peggioramento della stessa, talora una nefropatia da contrasto che può richiedere anche il trattamento dialitico.

Risultati

Dopo l'esame verrà analizzata la sua situazione e verrà considerata la scelta terapeutica più opportuna.

Si possono verificare tre condizioni:

- a) vi è indicazione a proseguire con la terapia farmacologica per os o e.v.;
- b) vi è indicazione ad eseguire intervento cardio-chirurgico o chirurgico-vascolare ;
- c) vi è indicazione ad una o più angioplastiche coronariche e/o periferiche che potranno essere eseguite in più sedute.

llh

Angioplastica coronarica

Che cosa è e come si esegue

L'angioplastica coronarica (PTCA) può essere eseguita al termine dell'esame diagnostico coronarografico o programmata successivamente. Consiste nel dilatare un restringimento (stenosi) coronarico che riduce il flusso del sangue al cuore, mediante uno o più gonfiaggi di un catetere a palloncino. Il gonfiaggio del palloncino potrebbe provocarle un dolore toracico transitorio. Al termine della dilatazione spesso è preferibile impiantare nella sede della dilatazione una o più protesi metalliche chiamate stent. Gli stent possono essere non medicati o medicati; questi ultimi rilasciano nelle settimane successive all'impianto, un farmaco che riduce ulteriormente la possibilità di recidive. Gli stent non vanno incontro a rigetto, non provocano tumori, e non si spostano dopo l'impianto. Gli stent attualmente utilizzati sono generalmente RMN compatibili. L'impianto degli stent riduce sensibilmente la possibilità di recidiva: è segnalata una bassa incidenza di trombosi degli stent, lievemente superiore per gli stent medicati, ma l'incidenza di mortalità e di infarto miocardico è simile tra i due tipi di stent. In particolari condizioni cliniche ed anatomiche potranno essere impiantati stent che nel corso di due anni potranno essere completamente riassorbiti. Dopo l'esecuzione di PTCA è necessario ed indispensabile che lei assuma per un periodo di tempo variabile a seconda delle situazione (da 1 a 12 mesi), due farmaci che rendono più fluido il sangue minimizzando la possibilità che gli stent impiantati si chiudano; l'assunzione dei due farmaci può peraltro determinare un aumento del rischio emorragico. Uno dei due farmaci è, quasi sempre, l'aspirina a basse dosi associato ad un altro antiaggregante piastrinico che, a seconda dei casi, potrà essere il clopidogrel, il prasugrel o il ticagrelor. La sospensione anticipata di uno o di entrambi gli antiaggreganti piastrinici è la principale causa di trombosi degli stent.

Benefici

L'angioplastica coronarica consente di normalizzare o migliorare il flusso di sangue nelle arterie coronariche, permettendo al suo cuore di ricevere un apporto adeguato sia a riposo che durante sforzi fisici, riducendo l'incidenza di episodi anginosi. Attualmente i risultati positivi dell'angioplastica coronarica sono confermati da follow-up di lunga durata. Nel caso di infarto miocardico acuto, determinato da occlusione di una coronarica, l'angioplastica coronarica, riaprendo la coronarica responsabile, riduce il rischio di morte, di recidive ischemiche e la quota di miocardio che andrà incontro a cicatrizzazione. Attualmente l'angioplastica coronarica rappresenta il migliore modo di curare gli infarti miocardici.

Rischi e complicanze

La PTCA ha una percentuale di successo del 95-98%. Si possono verificare le stesse complicanze della coronarografia legate alla puntura del vaso (1%) e a reazioni allergiche al mezzo di contrasto (quelle gravi sono estremamente rare) ed eccezionalmente scompenso cardiaco, complicanze neurologiche, dissezione coronarica o dell'aorta ascendente, infarto miocardico e morte. Tali complicanze attualmente incidono per l'1-4%, sono ridotte nei centri ad alto volume, quale è questo centro, sono più frequenti nei pazienti anziani e più gravi e nelle lesioni coronariche più severe. In particolare la mortalità è attualmente valutata tra lo 0.2 e l'1.5%. In caso di complicanze vengono adottate misure terapeutiche che vanno da provvedimenti farmacologici e meccanici, compreso il ricorso a manovre rianimatorie, rivolti a ridurre l'estensione del danno, sino al by-pass aorto coronarico d'urgenza. Altre complicanze, attualmente rare, sono legate all'uso di cateteri all'interno delle coronarie: perforazione coronarica (0.01-0.1%), traumi e danno della parete coronarica indotta da catetere guida (0.1-0.5%), aritmie cardiache minacciose

lu lu

(0.1%). Questa struttura, in cui l'incidenza di complicanze è in linea con i dati di centri nazionali ed internazionali ad alto volume, possiede la capacità di intervento in caso di complicanze, disponendo prontamente delle apparecchiature necessarie e di personale addestrato per fronteggiare qualsiasi urgenza/emergenza. Si precisa che, non disponendo questo Presidio Ospedaliero di una cardiocirurgia, è assicurata la disponibilità a procedure cardiocirurgiche urgenti presso altre strutture, opportunamente allertate

Recupero

Dopo l'angioplastica coronarica è raccomandata una permanenza a letto fino a 12 ore. Per evitare complicanze post procedurali è molto importante che il paziente segua scrupolosamente i consigli del medico. E' importante attenersi alle disposizioni che le verranno date al momento della dimissione sia per i farmaci da assumere che per i controlli ambulatoriali che dovrà eseguire. In questo centro tutti i pazienti sottoposti ad angioplastica coronarica sono seguiti nel tempo da un ambulatorio dedicato.

Angioplastica periferica

Che cosa e' e come si esegue

L'angioplastica di vasi arteriosi periferici (PTA) può essere eseguita al termine dell'esame diagnostico angiografico o programmata successivamente. Consiste nel dilatare un restringimento (stenosi) di un vaso arterioso che riduce il flusso del sangue, con lo scopo di mantenere aperta l'arteria e permettere un miglior flusso di sangue a valle. L'approccio è simile all'arteriografia. Talvolta è necessario ricorrere ad approcci multipli. La dilatazione della stenosi si esegue mediante uno o più gonfiaggi di un catetere a palloncino. Al termine della dilatazione e a seconda del distretto trattato, dopo la dilatazione si impianta una o più protesi metalliche chiamate stent.

Benefici

L'angioplastica renale, femorale o poplitea è una terapia mirata a stabilire le regolare emodinamica del flusso ematico riducendo e talvolta eliminando i sintomi legati alla malattia.

Rischi

Nel caso di angioplastica del distretto renale, ileo-femorale e femoro-popliteo si possono verificare danni alla parete arteriosa del vaso trattato con occlusione acuta, perforazione, sanguinamento, formazione di trombi o embolizzazione periferica; complessivamente l'incidenza di tali complicanze è del 2-5%. Sono anche possibili complicanze vascolari in sede di puntura arteriosa. I rischi aumentano in relazione al grado di comorbidità del paziente. Infine, nonostante i buoni risultati ottenuti, è possibile che il restringimento che era presente si riformi anche a distanza di tempo (10% dei casi).

Recupero

Dopo l'angioplastica periferica è raccomandata una permanenza a letto fino a 12 ore. Per evitare complicanze post procedurali è molto importante che il paziente segua scrupolosamente i consigli del medico. E' importante attenersi alle disposizioni che le verranno date al momento della dimissione sia per i farmaci da assumere che per i controlli ambulatoriali che dovrà eseguire.

ll

REGIONE PUGLIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE ASL BA
U.O. DI CARDIOLOGIA UTIC
P.O. "S. PAOLO"
Direttore Dott. Pasquale Caldarola
Tel 080/5843441-5843491

CARDIOVERSIONE ELETTRICA (CVE)

FINALITA' DELL'INTERVENTO

Il suo cuore attualmente batte in modo irregolare e/o rapido, essendo stata riscontrata all'elettrocardiogramma la presenza di una aritmia (fibrillazione atriale, flutter o tachicardia atriale). Tale aritmia oltre a poterle causare vari sintomi (palpitazioni, affanno, stanchezza, vertigini) può, in presenza di frequenza cardiaca troppo elevata, peggiorare la funzione contrattile del cuore. Nel Suo caso si è ritenuto indicato tentare di ripristinare il normale ritmo regolare cardiaco sinusale.

PRECAUZIONI

Durante la fibrillazione atriale il flusso del sangue nelle cavità cardiache circola in modo anomalo e ciò può favorire, in particolare nelle aritmie di durata superiore alle 48 ore, la formazione di trombi ("coaguli" di sangue) in alcune parti del cuore chiamate atri. I trombi possono frammentarsi e disseminarsi nei vasi arteriosi, soprattutto nelle fasi successive la cardioversione elettrica, causando delle embolie. In presenza di aritmie di durata non nota o superiore alle 48 ore, al fine di ridurre al minimo il rischio di embolie, la cardioversione viene eseguita dopo un adeguato periodo di terapia anticoagulante; in casi particolari e secondo il proprio giudizio clinico, il medico può consigliare l'esecuzione di una particolare ecocardiografia con sonda transesofagea per escludere con maggior sicurezza la presenza di trombi, consentendo così la cardioversione immediata.

DESCRIZIONE DELLA PROCEDURA

Allo scopo di evitare qualsiasi percezione di dolore conseguente alla scarica elettrica applicata sul torace, le verrà somministrato un farmaco che induce una breve sedazione profonda. Per tale trattamento può essere necessario il suo consenso scritto su modulo dedicato.

La scarica elettrica viene erogata tramite due piastre metalliche che vengono appoggiate dal medico sul torace, con l'interposizione di un foglio di gel che favorisce il passaggio della corrente, oppure utilizzando due piastre adesive.

Durante la cardioversione sarà erogata sul torace una brevissima scarica di corrente sincronizzata con l'elettrocardiogramma. Si possono erogare più scariche, fino a 2-3, aumentando l'energia (es. 100-150-200 Joules). Questo shock determina una contrazione contemporanea di tutte le cellule cardiache, azzerando i vari circuiti anomali e permettendo il ripristino del regolare ritmo sinusale.

Durante la procedura verrà costantemente registrato al monitor l'elettrocardiogramma, la pressione arteriosa ed il grado di ossigenazione del sangue.

Qualora la cardioversione venga eseguita in regime di day hospital, è necessario che un'altra persona accompagni il paziente a casa dopo la procedura. I sedativi che si usano per la cardioversione sono a breve durata d'azione; quindi, la maggior parte dei pazienti può essere dimessa dopo 3-4 ore dalla procedura.

RISULTATI

La percentuale di ripristino del ritmo sinusale varia dal 75 al 90% in caso di fibrillazione atriale e dal 90 al 100% in caso di flutter atriale. Ciò dipende da diversi fattori fra i quali la durata dell'aritmia (più è recente e maggiori sono le probabilità di ripristinare il ritmo regolare), le dimensioni del cuore, in particolare dell'atrio sinistro (più è ingrandito e minori sono le probabilità di ripristinare e di mantenere stabilmente il ritmo regolare) e le dimensioni del torace.

E' per le cause sopra descritte pertanto che, nonostante la cardioversione, l'aritmia può recidivare poco dopo.

Il medico può ritenere opportuno iniziare un farmaco antiaritmico alcuni giorni o ore prima della cardioversione (per aumentare la probabilità di successo della cardioversione) o subito dopo il ripristino del ritmo sinusale, nel tentativo di mantenere il ritmo sinusale il più a lungo possibile.

LE POSSIBILI COMPLICANZE

Sono possibili disturbi locali legati alla scarica elettrica (dolore toracico, arrossamento ed irritazione cutanea, in corrispondenza delle piastre utilizzate per la cardioversione, senso di spossatezza) con una frequenza pari a 1-3% dei casi. Rischi insiti nella procedura, pure se prescritta e condotta secondo arte e secondo le più moderne conoscenze mediche si verificano nel 2-3% casi e possono consistere in:

- Ripristino tardivo del ritmo cardiaco o emergenza di un ritmo cardiaco molto lento, così da dovere ricorrere, in casi eccezionali, ad una stimolazione elettrica cardiaca temporanea per via transvenosa, transtoracica o transesofagea.
- Partenza di formazioni trombotiche (coaguli) dal cuore che possono finire in qualsiasi distretto del corpo (0,5% casi, soprattutto in presenza di trattamento anticoagulante non adeguato).
- Transitorio calo della pressione arteriosa, che può durare alcuni minuti o qualche ora, in genere facilmente correggibile da infusione di liquidi.

Questa struttura possiede la capacità di intervento in caso di complicanze, disponendo prontamente delle apparecchiature necessarie e di personale addestrato per fronteggiare qualsiasi urgenza/emergenza.

POSSIBILI ALTERNATIVE E CONSEGUENZE DI UN EVENTUALE RIFIUTO

In caso di aritmia insorta recentemente (da meno di 48 ore) un'alternativa alla cardioversione elettrica è rappresentata dalla cardioversione con farmaci antiaritmici, che generalmente sono meno efficaci e non sempre meno pericolosi. In casi selezionati ed in presenza di recidive è possibile eseguire un trattamento (ablazione transcatetere) in grado di ridurre la nuova insorgenza dell'aritmia.

Generalmente la necessità di mantenere la terapia anticoagulante orale è indipendente dal successo della cardioversione elettrica, ma dipende dal profilo di rischio embolico del paziente. In ogni caso è necessario non sospendere il farmaco anticoagulante per almeno un mese dopo una cardioversione.

REGIONE PUGLIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE ASL BA
U.O. DI CARDIOLOGIA UTIC
P.O. "S. PAOLO"
Direttore Dott. Pasquale Caldarola
Tel 080/5843441-5843491

ECOCARDIOGRAFIA DA STRESS

COSA E 'L'ECOCARDIOGRAFIA DA STRESS: consiste nell'esecuzione dell'Ecocardiogramma Bidimensionale durante sforzo fisico (stress fisico) o durante e dopo infusione endovenosa di un farmaco, dipiridamolo o dobutamina (stress farmacologico), al fine di valutare la presenza sia di miocardio vitale, sia di miocardio a rischio di sviluppare ischemia per malattia dei vasi coronarici.

L'Ecocardiogramma da STRESS viene eseguito dallo Specialista Cardiologo con l'assistenza dell'infermiere professionale in corso di monitoraggio elettrocardiografico, a digiuno, dopo aver eventualmente sospeso la terapia anti anginosa.

Lo stress fisico consiste in una prova da sforzo scalare con carichi incrementali effettuata mediante letto ergometro.

Lo stress farmacologico consiste nella somministrazione per via venosa di un farmaco che ha la capacità di aumentare le richieste metaboliche del cuore (la dobutamina aumenta la contrattilità e la frequenza cardiaca) o di modificare la distribuzione del flusso coronarico (il dipiridamolo induce vasodilatazione dei territori sani) svelando nei casi patologici la presenza di una ridotta riserva coronarica. Per ottenere un aumento della frequenza cardiaca potrebbe essere necessario iniettare e.v. 1 mg di atropina.

Il tempo di esecuzione dell'esame è di 20-30 minuti. Il paziente viene tenuto in osservazione per altri 30-60 minuti.

INDICAZIONI: Screening cardiopatia ischemica, ricerca del miocardio vitale, studio delle valvulopatie e delle cardiomiopatie. Tale indagine risulta indispensabile per una conoscenza più approfondita della sua cardiopatia al fine di decidere quale sia la migliore scelta terapeutica, oppure per verificare se una terapia già scelta o in atto sia sufficiente a correggerla. La mancata esecuzione di questa procedura diagnostica può comportare una minore chiarezza nella diagnosi dei suoi disturbi e quindi una minore appropriatezza terapeutica.

CONROINDICAZIONI: L'ecostress Dobutamina non è consigliabile nei soggetti che presentano aritmie frequenti, specie ventricolari, l'ipertensione arteriosa non controllata. Il test al Dipiridamolo non è indicato in soggetti affetti da patologia respiratoria di tipo spastico bronchiale. L'atropina è controindicata in caso di glaucoma o ipertrofia prostatica significativa.

RISCHI CONNESSI CON LA PROCEDURA: L'ecocardiografia da STRESS farmacologico è solitamente ben tollerata e solo raramente possono presentarsi complicazioni gravi (shock cardiogeno, aritmie maligne, infarto miocardio).

La Dobutamina induce la sensazione di intensa pulsatilità cardiaca, può provocare tremori, ansietà, nausea, che prontamente recedono con l'interruzione dell'infusione e/o la somministrazione di beta-bloccanti.

Il Dipiridamolo può causare cefalea, nausea, rossore, vertigini, che regrediscono spontaneamente in pochi minuti oppure con la somministrazione di aminofillina e.v.

Questa struttura possiede la capacità di intervento in caso di complicanze, disponendo prontamente delle apparecchiature necessarie e di personale addestrato per fronteggiare qualsiasi urgenza/emergenza.

REGIONE PUGLIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE ASL BA
U.O. DI CARDIOLOGIA UTIC
P.O. "S. PAOLO"
Direttore Dott. Pasquale Caldarola
Tel 080/5843486-5843491

ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFOGEEA

COSA E' L'ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFOGEEA: è una indagine diagnostica ad alta risoluzione effettuata mediante ultrasuoni. Con l' utilizzo di uno speciale gastroscopio introdotto in esofago, si ottengono immagini Eco-color Doppler delle camere cardiache, delle valvole e dei vasi sanguigni che completano l'esame trans toracico, fornendo utili informazioni per la diagnosi e le decisioni terapeutiche.

L'esame viene eseguito dallo Specialista Cardiologo con l'assistenza dell'infermiere professionale in corso di monitoraggio elettrocardiografico, a digiuno, previa preparazione con anestesia locale dell'orofaringe (spray di Lidocaina), somministrazione di eventuali antispastici e di sedativo per via endovenosa (diazepam/midazolam). Terminato l'esame la sonda viene sottoposta a disinfezione e lavaggio in apparecchiatura automatica dedicata, con tracciabilità dell'avvenuta disinfezione. Il tempo di esecuzione dell'esame è di 10-20 minuti. Il paziente, se necessario, potrà essere tenuto in osservazione per altri 30-60 minuti.

Si deve evitare l'ingestione di cibi e bevande nelle 2 ore seguenti. Per effetto dell'assunzione di sedativi si sconsiglia la guida nelle ore successive all'esame.

INDICAZIONI ALL'ESAME:

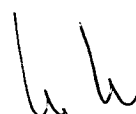
- Dissezione/aneurisma aortico
- Disfunzioni valvolari protesiche
- Endocardite
- Ricerca di fonti intracardiache di emboli
- Ricerca di POF/DIA
- Masse intracardiache
- Cardiopatie congenite complesse
- Complicanze meccaniche dell'infarto miocardio
- Ecocardiografia convenzionale insoddisfacente
- In sede intraoperatoria in corso di interventi di tipo cardiocirurgico, per monitorizzare la funzione contrattile del ventricolo sinistro

CONTROINDICAZIONI ALL'ESAME:

- Paziente non collaborante
- Anamnesi positiva per disfagia, irradiazione mediastinica, sanguinamento del tratto gastrointestinale superiore in fase attiva
- Trauma chiuso e penetrante del torace, recenti interventi chirurgici gastrici o esofagei
- Patologia esofagea: stenosi, diverticoli, fistole, esofagite, sclerodermia, disordini emorragici, carcinoma.

RISCHI CONNESSI CON LA PROCEDURA:

L'ecocardiografia transesofagea è solitamente ben tollerata e priva di complicanze. Il paziente può avvertire un modesto fastidio, con conati di vomito, al passaggio della sonda nel faringe. E' possibile, per quanto rara, la compromissione della funzione respiratoria per effetto del sedativo. Complicanze rarissime sono le aritmie, le reazioni vaso-vagali, il sanguinamento faringeo minore, l'ipossiemia, l'aspirazione di secrezioni mucose, la paralisi transitoria del nervo laringeo, le crisi d'asma, l'ipo-ipertensione arteriosa, il laringospasmo, la perforazione esofagea. Il Laboratorio di Ecocardiografia è fornito delle opportune dotazioni e competenze per fronteggiare eventuali complicanze del test.



REGIONE PUGLIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE ASL BA
U.O. DI CARDIOLOGIA UTIC
P.O. "S. PAOLO"
Direttore Dott. Pasquale Caldarola
Tel 080/5843441-5843491

PROVA DA SFORZO
(CICLOERGOMETRO/TAPPETO ROTANTE)

CHE COSA E' IL TEST DA SFORZO E COME SI ESEGUE: Lo sforzo fisico provoca un aumento della frequenza cardiaca e della pressione arteriosa fino al raggiungimento del valore massimale calcolato in base all'età e al sesso. Il test si esegue pedalando su una cyclette che aumenta progressivamente e regolarmente la resistenza sui pedali per mezzo di un freno, ovvero su tappeto rotante che incrementa progressivamente e regolarmente la sua velocità di scorrimento e la sua pendenza. Durante la prova è monitorato in continuo l'Elettrocardiogramma e la pressione arteriosa. L'esame ha la durata indicativa di circa 10-15 minuti, seguito da altri 10/15 minuti di defaticamento (durata totale, compresa la preparazione, di circa 45').

PERCHE' SI FA: L'obiettivo di questo test è di documentare la presenza di una ischemia cardiaca e quindi di una malattia coronarica. Se si raggiunge almeno l'85% della frequenza massimale la prova è considerata conclusiva e quindi interpretabile. Questa tecnica, attraverso le modificazioni dell'ECG, della frequenza cardiaca e della pressione arteriosa consente di:

Porre diagnosi di ischemia inducibile da sforzo (nei soggetti con dolore toracico sospetto).

Individuare il livello di sforzo a cui compare il dolore (soglia d'angor) o l'ischemia elettrocardiografica (soglia ischemica).

Svelare l'eventuale compromissione funzionale del cuore (riduzione della PA sotto sforzo).

Fornire informazioni sul sistema elettrico di conduzione del cuore con la comparsa di aritmie/blocchi di conduzione.

Verificare l'efficacia della terapia anti-ischemica in atto.

Valutare l'efficienza fisica e il rischio coronarico in soggetti con malattia coronarica nota e/o con pregresso infarto miocardico.

Se verranno rilevati segni sospetti per malattia delle coronarie, il medico potrà proporvi degli approfondimenti diagnostici ulteriori o un cambiamento di terapia. Se il test invece risulterà negativo (nessun cambiamento nell'ECG, normale comportamento della pressione arteriosa, assenza di sintomi) è verosimile che il vostro rischio di avere una malattia coronarica sia basso.

Il test da sforzo ha una buona sensibilità, cioè è capace di rilevare la malattia coronarica, quando presente, in circa il 68 - 70% dei casi nei pazienti con elevata probabilità di malattia.

INTERRUZIONE DEL TEST:

- > su giudizio del Cardiologo, quando sono state ottenute sufficienti informazioni o quando compaiono sintomi o segni che ne consigliano la sospensione (dolore toracico, dispnea eccessiva, ipotensione, modificazioni ECG);
- > in qualsiasi momento Lei lo desideri.

DISTURBI CHE POSSONO COMPARIRE DURANTE L'ESAME

Durante l'indagine potrebbe avvertire uno o più dei disturbi minori sotto elencati: formicolio al viso ed agli arti superiori, sensazione di battito cardiaco progressivamente più veloce ed intenso, mal di testa, senso di vertigine, respirazione difficoltosa, dolore al torace e/o collo e/o braccia , malessere vago, nausea, vomito, senso di calore.

E' molto importante che Lei avverta tempestivamente il personale medico ed infermieristico non appena si dovessero manifestare questi disturbi, con particolare riguardo a respirazione difficoltosa, dolore toracico, senso di svenimento.

RISCHI E COMPLICANZE

Il test, anche se condotto con diligenza e secondo le più moderne conoscenze mediche, ha dei rischi insiti. In letteratura è stato segnalato che in rari casi (0,0001%) il test da sforzo ha provocato effetti collaterali gravi quali aritmie ventricolari - fibrillazione e tachicardia ventricolare- (< 5/1.000), infarto miocardico acuto (< 5/10.000), morte (< 1/10.000).

Possono altresì verificarsi complicanze minori quali aritmie meno importanti , ipotensione post-sforzo, crisi ipertensiva. Questa struttura possiede la **capacità di intervento in caso di complicanze**, disponendo prontamente delle apparecchiature necessarie e di personale addestrato per fronteggiare qualsiasi urgenza/emergenza.

La informiamo che la non esecuzione dell'indagine potrebbe implicare:

- un'incompletezza nell'iter diagnostico con una carente formulazione della diagnosi finale;
- l'inizio o la prosecuzione della terapia in termini empirici.

REGIONE PUGLIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE ASL BA
U.O. DI CARDIOLOGIA UTIC
P.O. "S. PAOLO"
Direttore Dott. Pasquale Caldarola
Tel 080/5843486-5843491

**CONSENSO INFORMATO PER LA REVISIONE O SOSTITUZIONE DI DISPOSITIVO
IMPIANTABILE (PACEMAKER O DEFIBRILLATORE)**

FINALITÀ DELL'INTERVENTO

La revisione o sostituzione del dispositivo è necessaria poichè

- prossimo alla scarica o malfunzionante
- è necessario sostituire o riposizionare elettrodi non funzionanti
- l'evoluzione della patologia o delle conoscenze tecnologico-scientifiche suggeriscono l'opportunità di modificare il sistema di stimolazione ("upgrading") aggiungendo elettrodi e posizionando un diverso generatore
- è necessario intervenire chirurgicamente a livello della tasca (plastica di decubito, svuotamento di ematoma, ecc)
- Altro

DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO

L'intervento dura di solito tra i 20-40 min (sostituzioni di generatori) a 60-120 minuti (revisioni/riposizionamento degli elettrodi).

L'intervento si svolgerà in sala di elettrofisiologia, praticando una anestesia locale; verrà aperta la tasca del generatore e questo ultimo sarà disinserito dalla connessione con il vecchio o i vecchi elettrodi, e sostituito, se necessario, con un nuovo dispositivo. In caso di sola sostituzione del generatore o in caso di sola revisione della ferita chirurgica, si procederà alla sutura della tasca.

Qualora il battito spontaneo del suo cuore risultasse troppo lento durante l'intervento, può essere indicato applicare uno stimolatore cardiaco temporaneo attraverso una puntura venosa (in anestesia locale) nella vena femorale. Lo stimolatore temporaneo verrà rimosso a fine procedura ma sarà opportuno che Lei rimanga fermo a letto per alcune ore per evitare sanguinamenti in sede di puntura.

Qualora fosse necessario sostituire un catetere malfunzionante o inserire un ulteriore catetere elettrodo per consentire che il nuovo generatore possa espletare al meglio le sue funzioni (upgrading) dovrà essere individuata, come è avvenuto in occasione del precedente impianto, una vena attraverso la quale posizionare l'elettrocattetere nel cuore. Queste manovre avverranno sotto visione radioscopica. Nel caso gli elettrocatteteri avessero difficoltà ad avanzare all'interno della vena in direzione del cuore, potrebbe essere immesso in circolo del mezzo di contrasto.

Dopo avere verificato il funzionamento del sistema, la ferita sarà chiusa con punti di sutura.

La dimissione dall'ospedale avviene nella stessa giornata in caso di sostituzione del generatore o revisione di tasca; dopo 24 ore in caso di sostituzione/riposizionamento degli elettrodi.

ll

LE COMPLICANZE

Le possibili complicanze del trattamento si dividono in intra operatorie e post operatorie e sono diverse a seconda che vengano posizionati/sostituiti elettrodi o venga solo aperta la tasca del generatore.

Quelle intra-operatorie più frequenti includono sanguinamenti della tasca e rallentamento eccessivo del cuore prima di posizionare il nuovo dispositivo; qualora vengano posizionati nuovi elettrocateri i rischi sono analoghi a quelli di un primo impianto di pacemaker o defibrillatore (pneumotorace, lesioni del seno coronarico nei dispositivi di resincronizzazione, versamento ematico nel pericardio). Il trattamento di tali complicanze può prevedere interventi aggiuntivi anche invasivi che possono prolungare la successiva degenza. Nella letteratura medica sono stati descritti sporadici casi di decesso durante la procedura.

Le complicanze post-operatorie più frequenti (riscontrabili nei giorni o nelle settimane successive la procedura) includono: versamento siero-ematico nella tasca sottocutanea, erosione della cute sovrastante lo stimolatore o gli elettrocateri; qualora vengano posizionati nuovi elettrodi esiste il rischio di trombosi venose delle vene del braccio o la dislocazione degli elettrocateri dalla sede iniziale con necessità di riposizionamento degli stessi. Di seguito vengono riportate le percentuali di complicanze secondo i dati della letteratura medica:

Sostituzione/revisione tasca

- Ematoma della tasca 0,5-4,58%
- _ Infezione/decubito 0,5-2,27%
- _ Lesioni vascolari se necessità di stimolazione temporanea da vena femorale 0,1%

Aggiunta elettrocateri

- Dislocazione elettrodi atriali/ventricolari 1-18%
- Pneumotorace 1,1-2,25%
- Versamento pericardico 0,1-0,8 %
- Trombosi della vena succlavia 0,44-0,7 %

La nostra struttura registra un tasso di complicanze in linea con i dati della letteratura e possiede la **capacità di intervento per fronteggiarle**, disponendo prontamente delle apparecchiature necessarie e di personale addestrato ad affrontarle.

Non esistono ragionevoli alternative a questo trattamento a causa del prossimo esaurimento o del funzionamento non ottimale del dispositivo attualmente impiantato.

DOPO L'INTERVENTO

In linea generale il periodo necessario per un recupero funzionale è di circa 15 gg, per consentire un'adeguata cicatrizzazione della ferita chirurgica; la rimozione di suture è prevista dopo ca 10 gg. Dopo la dimissione è necessario seguire tutte le disposizioni e i trattamenti prescritti; in particolare si mantiene la necessità di controlli periodici (1-2/anno) cui sottoporsi presso il nostro o altro centro di elettrostimolazione abilitato al controllo dei PM. In caso di comparsa di dolenzia con tumefazione o arrossamento in corrispondenza della tasca è necessario rivolgersi tempestivamente all'Ambulatorio Pacemaker di pertinenza.

ESITI CICATRIZIALI

Gli esiti cicatriziali sono rappresentati da un'ulteriore cicatrice chirurgica, sopra o nei pressi di quella precedente (lunghezza 4-6 cm)

AVVERTENZE SPECIALI

ALLERGIA ALLO IODIO

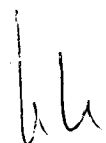
In caso di posizionamento di nuovi elettrocatereteri la procedura potrebbe prevedere la necessità di somministrare un mezzo di contrasto contenente Iodio, da non utilizzarsi nei soggetti con pregressi episodi allergici se non dopo trattamento medico particolare (pre-medicazione con antistaminici e cortisone) nelle 24 ore precedenti.

ALLERGIA AGLI ANTIBIOTICI

Prima ed eventualmente subito dopo la procedura vengono somministrati ANTIBIOTICI per la profilassi delle infezioni. Eventuali allergie ad antibiotici devono essere tempestivamente segnalate.

STATO GRAVIDICO

A causa del possibile impiego di raggi X è necessario informare i medici di un'eventuale gravidanza o possibile gravidanza in atto.



UNITA' OPERATIVA	
RESPONSABILE	

Il sottoscritto _____, nato a _____ il ___/___/___, maggiorenne, capace di intendere e di volere, non sottoposto ad interdizione o a inabilitazione o ad amministrazione di sostegno, dovrà sottoporsi al trattamento sanitario diagnostico e/o terapeutico di _____

A TAL FINE DICHIARA

di essere stato informato dal Dr. _____, dirigente medico della Unità Operativa di degenza/del Servizio ambulatoriale interessato, dei seguenti aspetti relativi al trattamento sanitario cui intende sottoporsi:

DICHIARA:


1) di aver ricevuto, in data _____

la nota informativa specifica per il trattamento preposto

(mod. _____)

- 2) che prima di esprimere il consenso al trattamento sanitario diagnostico e/o terapeutico ha avuto il tempo necessario per decidere e l'opportunità di poter eventualmente chiedere ulteriori informazioni ad un medico di fiducia
- 3) che tutte le domande poste hanno avuto risposta soddisfacente
- 4) in caso di donna in età fertile, di poter escludere un eventuale stato di gravidanza
si no non so

(firma Paziente _____)



FIRMANDO IL PRESENTE CONSENSO/DISSENSO:

AUTORIZZA

- il trattamento sanitario di cui alla premessa
- il trattamento dei propri dati personali e sensibili nel rispetto della privacy
- nel caso di propria impossibilità/incapacità che ogni comunicazione vada effettuata al Sig./Sig.ra _____
n° documento _____
- i Medici ad effettuare iconografie del mio caso clinico (per studio, ricerca)
Bari _____

Firma Paziente _____
Firma (se paziente incapace d'intendere e di volere permanentemente o temporaneamente) del Tutore / Curatore / Amministratore di sostegno (identificato a mezzo _____, n. _____ del ___/___/___)

In caso di Minore (Il/I/La sottoscritto/a/i padre/madre dichiara/dichiarano di esercitare la potestà genitoriale e che l'altro genitore, impossibilitato, è informato) _____

NON AUTORIZZA/REVOCA

- il trattamento sanitario di cui alla premessa
- DICHIARA nello specifico:
di aver compreso appieno le conseguenze del rifiuto al trattamento sanitario consigliato;
di esonerare la Struttura Sanitaria ed il Personale per i danni conseguenti alla mia decisione

Bari, _____ Firma Paziente _____
Firma (se paziente incapace d'intendere e di volere permanentemente o temporaneamente) del Tutore / Curatore / Amministratore di sostegno (identificato a mezzo _____, n. _____ del ___/___/___)

In caso di Minore (Il/I/La sottoscritto/a/i padre/madre dichiara/dichiarano di esercitare la potestà genitoriale e che l'altro genitore, impossibilitato, è informato) _____

(Parte riservata al Medico)

Dal colloquio avuto è risultato che il Paziente ha ricevuto le informazioni necessarie avvalendosi del modulo di informativa ed ha espresso liberamente il suo consenso/dissenso.

Firma del Medico

Bari, _____



Parere del Direttore Amministrativo Gianluca Capochiani	Parere del Direttore Sanitario Silvana Fornelli
--	--

Il Segretario
Giuseppe Colella

Il Direttore Generale
Vito Montanaro

**Area Gestione Risorse Finanziarie
Esercizio 2015**

La spesa relativa al presente provvedimento è stata registrata sui seguenti conti:

Conto economico n. _____ per € _____

Conto economico n. _____ per € _____

Conto economico n. _____ per € _____

.....
(rigo da utilizzare per indicare finanziamenti a destinazione vincolata)

Il Funzionario

Il Dirigente dell'Area

SERVIZIO ALBO PRETORIO

Pubblicazione n. 62

Si attesta che la presente deliberazione è stata pubblicata sul sito Web di questa ASL BA in data - 4 GIU. 2015

Bari: - 4 GIU. 2015

L'Addetto all'Albo Pretorio on line

[Signature]

Ai sensi della vigente normativa, la presente deliberazione – con nota n. del è stata/non è stata trasmessa alla Regione Puglia per gli adempimenti di competenza.