

	Angiografia	Mod. 0525	Pag. 1 di 2
		Parola chiave: ecoconmdc	
		Rev. 00	del 06/10/2020

La preghiamo di leggere questa scheda attentamente prima di decidere se effettuare l'esame.

in cosa consiste questo esame

L'ecografia è una tra le più comuni e sicure procedure diagnostiche, basata sull'utilizzo degli ultrasuoni per visualizzare ed esaminare varie strutture anatomiche. Verrà sottoposto ad un'ecografia del _____ con l'utilizzo di un mezzo di contrasto (SonoVue®). Lo scopo dell'esame è quello di ottenere una diagnosi più sicura e precoce della Sua eventuale _____, permettendo quindi di velocizzare la diagnosi e l'eventuale intervento terapeutico.

Il mezzo di contrasto utilizzato

SonoVue® è un mezzo di contrasto per l'ecografia, costituito da una soluzione contenente piccole bollicine che racchiudono al loro interno un gas inerte (esafluoruro di zolfo [SF₆]). SonoVue® è iniettato per via endovenosa attraverso un piccolo catetere posto a livello di una vena del braccio, e rimane in circolo per un periodo sufficiente a migliorare l'immagine ecografica degli organi e dei vasi sanguigni esplorati, e ad ottenere delle più chiare e interpretabili immagini.

Dalla sua commercializzazione nell'ottobre 2001, SonoVue® è stato somministrato a circa 150.000 pazienti. Durante questo periodo sono stati riportati rari casi (approssimativamente 0.01%) di reazioni di tipo allergico con sintomi quali reazioni cutanee, diminuzione della frequenza cardiaca e grave diminuzione della pressione che in qualche caso hanno portato a perdita di coscienza. Tali eventi possono essere particolarmente seri, anche con rischio di vita, specialmente se si verificano in pazienti con patologia cardiaca grave. Le altre reazioni osservate sono state mal di testa (1.3%), reazioni in sede di iniezione (arrossamento, gonfiore, dolore) nausea, dolore toracico, alterazione del gusto, formicolio, sensazione di calore con rossore. La maggior parte di queste reazioni è stata di lieve entità, e si è risolta senza conseguenze.

Per tale motivo SonoVue® è controindicato se lei è affetto da malattia coronarica acuta di recente evoluzione o da ischemia cardiaca clinicamente instabile quali: infarto del miocardio in corso o in evoluzione, angina tipica a riposo negli ultimi 7 giorni, insufficienza cardiaca acuta, insufficienza cardiaca cronica di classe III e IV. Inoltre SonoVue è controindicato nei casi noti di shunt destro/sinistro, grave ipertensione polmonare ed ipertensione sistemica non controllata.

Che cosa devo fare io e quanto tempo durerà l'esame?

Se darà il Suo consenso ad effettuare l'esame Lei sa sottoposta/o ad un'ecografia del _____

durante la quale Le sarà iniettato il mezzo di contrasto SonoVue®. L'intera procedura durerà circa 15 – 20 minuti. Per i 30 minuti successivi all'ultima iniezione di SonoVue® Lei sarà tenuta/o sotto osservazione per verificare l'eventuale comparsa di disturbi.

Posso cambiare la mia decisione riguardo all'effettuazione dell'esame?

Lei non è assolutamente obbligata/o ad effettuare l'esame; alternativamente il medico utilizzerà altre procedure che sono attualmente disponibili per l'effettuazione delle quali verrà comunque richiesto il Suo consenso.

Confidenzialità

Tutte le informazioni raccolte, ed in particolare le informazioni personali, sono tutelate dal D. Lgs 196/2003 concernente la "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali".

informazioni@ccbra.it	www.ccbra.it
Casa di Cura Privata "Città di Bra" Via Montenero 1 - 12042 Bra (Cn) Tel. 0172.472400 Fax 0172.44542 Documento di proprietà della Casa di Cura "Città di Bra" - Clinica Privata Accreditata. È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta.	

	Angiografia CONSENSO INFORMATO ECOGRAFIA CON MEZZO DI CONTRASTO	Mod. 0525	Pag. 2 di 2
		Parola chiave: ecoconmdc	
		Rev. 00	del 06/10/2020

La ringraziamo per l'attenzione avuta nel leggere queste note e La preghiamo di datare e firmare il presente modulo per accettazione.

Tutto ciò premesso, il/la Sottoscritto/a, con la presente **dichiara** di aver letto e compreso quanto esposto nel presente modulo e di aver ricevuto dal **Dott./Prof.**..... **(in stampatello)** ogni ulteriore informazione in merito: al tipo di trattamento diagnostico e/o terapeutico; alle modalità di esecuzione dello stesso; ai vantaggi ai fini di una precisa diagnosi, ai rischi ad essa correlati; alle alternative terapeutiche sia farmacologiche che chirurgiche, rispondendo esaurientemente ad ogni mio quesito e richiesta di precisazioni in merito a:.....

illustrandomi quali sarebbero le conseguenze qualora decidessi di NON effettuare tale accertamento/procedura e di essere, conseguentemente, in grado di esprimere una consapevole scelta.

Alla luce di quanto esposto, in data **il/la Sottoscritto/a dichiara di**

ACCETTARE

DI ESSERE SOTTOPOSTO ALLA SEGUENTE PROCEDURA

Tipo di esame/intervento	Firma del paziente
.....	

Data.....

Firma del Medico operatore: Dott.

Il medico è a disposizione per qualsiasi chiarimento. Tel: 0172/472570