

**DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E
CONSENSO A PRESTAZIONE SANITARIA**

Sig./Sig.ra _____
Via _____

Con la presente scrittura vengono riportati i principali dati relativi allo stato di salute accertato a seguito della visita medica effettuata e si forniscono le informazioni atte ad acquisire, o meno, il consenso all'esecuzione degli accertamenti diagnostici e/o dei trattamenti terapeutici ritenuti necessari, e, comunque, già verbalmente illustrati

- Situazione obiettiva riscontrata nella visita:

- Descrizione dell'intervento medico ritenuto necessario e delle eventuali alternative, e dei rischi derivanti dalla mancata effettuazione della prestazione:

- Tecniche e/o materiali impiegati:

- Benefici derivanti:

- Rischi derivanti:

- Eventuali complicazioni ed esiti:

- Comportamenti da seguire per evitare complicazioni successive all'atto medico:

- Altre informazioni:

Il sottoscritto/a _____ dichiara di aver ricevuto le informazioni verbali e soprascritte relative al proprio stato di salute e di aver compreso termini e modalità dell'intervento diagnostico/terapeutico proposto dal medico, nonché delle conseguenti indicazioni fornite dal medesimo.

Sulla base di quanto sopra, formula pertanto il proprio ⁽¹⁾ _____ all'effettuazione delle terapie illustrate ed indicate.

Data, _____

(firma del cittadino o di chi ne fa legalmente le veci nei casi espressamente previsti dalla legge o dal Codice di Deontologia)

(firma del medico)

(1) scrivere: "consenso" o "diniego"

CONSENSO INFORMATO
Per interventi di Chirurgia Rifrattiva

Rilasciato dal Sig.

Al dott/Prof.

Con la presente dichiarazione, da valere come manifestazione piena, libera ed incondizionata della mia volontà,

Io sottoscritto

Nato a il

Residente in

In pieno possesso delle mie facoltà mentali, acconsento a sottopormi ad intervento di chirurgia refrattiva con la metodica del Laser ed eccimeri dopo essere stato edotto delle caratteristiche dell'intervento ed avere attentamente valutato, sulla base di quanto ampiamente illustrato dalla Signoria Vostra e riassunto in uno specifico memorandum da me sottoscritto per presa visione (ed allegato al presente consenso informato), i possibili vantaggi così come gli eventuali rischi, generici e specifici, dell'intervento stesso.

Dichiaro al riguardo di essere stato posto a conoscenza, tra l'altro:

- a) delle conseguenze derivanti da una eventuale negligenza nel seguire i consigli tecnici sulle pratiche post-operatorie, quali indicati nelle istruzioni consegnatemi e da me sottoscritte per conoscenza ed accettazione;
- b) che i vantaggi per il paziente saranno connessi con la riduzione del potere delle sue lenti per occhiale con la loro utilizzazione solo in condizioni particolari o la loro possibile eliminazione totale;
- c) che per il raggiungimento del miglior possibile risultato finale potrà essere necessario eseguire uno o più trattamenti di PRK;
- d) che qualora non sia mia intenzione seguire in modo completo l'iter chirurgico e terapeutico l'intervento, mi è stato consigliato

Dichiaro inoltre e in particolare, essendo stato informato del fatto che fattori estranei alla mano del chirurgo ed alla precisione del laser possono comunque influenzare la guarigione e quindi il risultato, con la conseguenza della impossibilità di formulare una previsione assoluta circa la correzione ottica raggiungibile, di sollevare fin d'ora l'operatore, fermo il suo dovere professionale di diligenza, da responsabilità civili di qualsiasi ordine in relazione ad un mancato conseguimento del risultato prefisso.

Data,

Firma

Il/la paziente che intende sottoporsi ad un intervento di chirurgia refrattiva con laser ed Eccimeri è indispensabile che legga con attenzione quanto scritto sul presente foglio. In esso sono riportate informazioni sulla metodica chirurgica e sono descritti i principali problemi di un intervento di PRK (Photo Refractive Keratectomy). Il consenso deve essere firmato solo quando pienamente convinti di sottoporsi all'intervento e dopo una consapevole valutazione dei vantaggi e degli svantaggi.

Informazione propedeutica alla firma del consenso all'intervento di PRK con Laser ed Eccimeri

I difetti visivi che hanno sino ad oggi trovato soluzioni negli occhiali e nelle lenti a contatto possono ora avere una alternativa terapeutica da un intervento chirurgico o attraverso un trattamento effettuato con laser ad Eccimeri.

La chirurgia refrattiva (cheratotomia radiale, epicheratofachia, cheratomileusi, cheratectomia laser ed altri) trova le applicazioni più vantaggiose quando, escluso il semplice desiderio estetico di non portare una correzione ottica, vi siano caratteristiche dei parametri oculari e dell'ambiente che impediscano al paziente la capacità di utilizzo della sua funzione visiva al meglio. Tale intendimento è più evidente nei forti difetti di vista, che legano indissolubilmente il paziente all'occhiale, nelle elevate differenze di rifrazione tra un occhio e l'altro, specie dove non vi è tolleranza alle lenti a contatto ed in alcuni tipi di attività lavorativa in cui i sussidi ottici creano innegabili svantaggi.

La accurata selezione delle caratteristiche cliniche e dei motivi che conducono all'intervento, nonché del tipo di intervento, è resa necessaria dalla considerazione che l'atto chirurgico non è reversibile e dalla possibilità, sia pure remota, del verificarsi di complicazioni, modificazioni secondarie o residui indesiderati, inconvenienti peraltro comuni a tutti gli interventi chirurgici. Va inoltre rilevato che ogni atto di chirurgia refrattiva, quale che sia la tecnica adoperata, si rivolge alla risoluzione delle sole caratteristiche ottiche, ma non modifica quelle patologie che possono essere associate al difetto di vista.

In altre parole, ad esempio, un miope con alterazioni retiniche che compromettono parte della sua funzionalità visiva non può sperare di vedere risolto questo problema da un intervento chirurgico a scopo refrattivo, né questo può costituire una "assicurazione" verso complicanze successive. L'intervento potrà, però, ragionevolmente mirare ad una riduzione del potere dell'occhiale, o nei casi più favorevoli, alla sua completa eliminazione con diminuzione dei fastidi e delle distorsioni d'immagine che ad essi si accompagnano. Quindi, per non andare incontro ad errori o incomprensioni sui programmi prefissi e sui risultati raggiungibili, è indispensabile che il paziente venga informato in modo esauriente dal medico, cosicché il suo consenso all'intervento sia motivato e convinto. Il suo caso, a giudizio del medico oculista che lo ha in cura, può trarre vantaggio dall'uso della tecnica del modellamento corneale eseguita con Laser ad Eccimeri.

Il Laser ad Eccimeri è in grado di asportare tessuto in modo estremamente fine (in frazioni di micron) con una riproducibilità non raggiungibile da nessun altro mezzo: la correzione viene realizzata asportando strati superficiali della cornea (PRK o cheratectomia superficiale) o più profondi (cheratomileusi) in modo da modificarne la curvatura e quindi il potere refrattivo.

Fattori estranei alla mano del chirurgo ed alla precisione del laser possono influenzare la guarigione e quindi il risultato, per cui non è possibile fare una previsione assoluta circa la correzione ottica raggiungibile: modesti scostamenti dal risultato ricercato sono pertanto possibili e non debbono essere considerati come insuccessi, scostamenti più elevati possono sempre essere ritrattati, ma le riserve che sono state espresse per il primo trattamento valgono anche per il successivo.

Le condizioni che limitano il risultato di una **PRK** sono: **l'ipocorrezione** (rara; residua una parte del difetto di vista), **la regressione** (dal 5% al 10% dei casi totali; per un processo di ristrutturazione della cornea ritorna una parte del difetto di vista), **l'ipercorrezione duratura** (molto rara; consiste in una correzione eccessiva per cui un miope può diventare ipermetrope ed un ipermetrope può diventare miope. Si può considerare ipercorrezione duratura quella che è ancora presente dopo 12 mesi dato che nei primi mesi è normale e previsto un certo grado di ipercorrezione).

In questi casi è opportuno ed indispensabile procedere ad un ulteriore intervento di PRK in modo da raggiungere la correzione ottimale. Alcuni rari casi possono ripresentare dopo il secondo intervento gli stessi problemi avuti nel primo; in questi casi vale quanto detto in precedenza data che l'iter da seguire è identico.

Come effetto secondario al trattamento laser possono insorgere opacità transitorie della cornea nell'ambito del processo di cicatrizzazione (Haze). Queste opacità, che determinano iniziali riduzioni dell'efficienza visiva, regrediscono progressivamente in un arco di tempo che oscilla intorno ai sei mesi ma possono a volte richiedere periodi più lunghi, in casi eccezionali anche 24 mesi. Nel caso in cui queste opacità si protraggano è opportuno eseguire con il laser ad Excimeri un nuovo trattamento. Una complicazione molto rara è il decentramento del trattamento ed anche in questo caso, se il paziente accusa disturbi, è necessario eseguire con il laser ad Excimeri dei trattamenti aggiuntivi. Altri problemi sono rappresentati da sensazioni di abbagliamento e fotofobia (accompagnano di frequente le prime fasi postoperatorie nella cheratectomia superficiale) e da difficoltà della visione in caso di bassa luminanza (disturbo molto raro ma che può durare a tempo indeterminato. Questo può comportare difficoltà in caso di ambienti poco illuminati e nella guida di autoveicoli). Del tutto normali sono invece i disturbi legati al cambiamento della condizione rifrattiva dell'occhio per cui un miope che sia anche presbite avrà necessità di lenti per lettura.

Dato che il risultato finale è influenzabile in senso positivo dal trattamento medico o da ulteriori trattamenti chirurgici è di importanza basilare seguire l'iter terapeutico che il chirurgo stabilirà; il paziente che non sia seriamente intenzionato a seguire quanto verrà prescritto è opportuno che non si sottoponga all'intervento.

Per presa visione

Data,

Firma

**CONSENSO INFORMATO ALL'ANALGESIA ED
ALL'ANESTESIA EPIDURALE PER IL PARTO**

Io sottoscritta in vista dell'esecuzione di una analgesia e/o anestesia epidurale per il travaglio di parto o per il Taglio Cesareo, dichiaro di essere stata esaurientemente informata sui possibili rischi e complicanze relativi a tale tecnica.

Mi è stato spiegato che l'anestesia epidurale è sicura, tuttavia tale pratica, come accade per tutte le discipline mediche non è esente da complicanze anche se attuata con perizia, prudenza e diligenza.

Sono state descritte in letteratura alcune complicanze di cui molte hanno una bassissima incidenza. Quelle più studiate sono le seguenti:

- ◆ puntura accidentale della dura madre; ha una frequenza variabile dallo 0,2% al 3% anche nelle mani di un operatore esperto. Ciò comporta la possibile comparsa di una cefalea usualmente a carattere benigno e transitorio della durata di qualche giorno che obbliga al riposo a letto in posizione supina fino alla sua scomparsa;
- ◆ eventuale lombalgia, dovuta a puntura epidurale, che generalmente si risolve spontaneamente in pochi giorni senza bisogno di terapia specifica;
- ◆ complicanze neurologiche ed infezioni dello spazio epidurale; la possibilità di gravi danni neurologici e di ascessi epidurali è causa di pregiudizi a carico dell'analgesia epidurale; in realtà tali eventi sono rarissimi e sono quasi nulli escludendo da tale metodica quelle pazienti che abbiano fattori predisponenti.

Dichiaro di essere a conoscenza che le mie condizioni generali mi espongono alle seguenti complicanze aggiuntive:

.....
.....

Accetto che il medico Anestesista modifichi la tecnica concordata qualora lo dovesse ritenere necessario.

Preso atto della situazione illustrata, accetto le procedure necessarie e confermo di aver avuto risposte esaurienti.

Data,

Firma della paziente

Firma del medico

CONSENSO INFORMATO ALLA DIAGNOSI PRENATALE MEDIANTE AMNIOCENTESI

La sottoscritta
alla settimana di gravidanza, chiede di essere sottoposta ad amniocentesi transaddominale finalizzata alla diagnosi prenatale.

Dichiara di essere a conoscenza che:

1. Per effettuare l'analisi è necessario acquisire per puntura transaddominale, sotto controllo ecografico, circa 20 ml di liquido amniotico;
2. L'amniocentesi nel secondo trimestre di gravidanza comporta un rischio di aborto spontaneo di circa 1 su 200, che viene ritenuto di poco superiore rispetto al rischio di aborto spontaneo delle donne della stessa fascia di età;
3. il liquido amniotico prelevato viene utilizzato per colture cellulari e quindi per l'analisi cromosomica e per indagini biochimiche (dosaggio dell'alfafetoproteina);
4. Esiste una possibilità remota che la coltura degli amniociti non si sviluppi, in questo caso non è possibile effettuare l'analisi del cariotipo, ameno che l'amniocentesi non venga ripetuta.
5. Di solito i risultati diagnostici sono disponibili dopo 15-25 giorni. Esiste tuttavia una grande variabilità nella crescita cellulare, da caso a caso;
6. L'indagine fornisce informazioni unicamente sulle analisi eseguite e non è in grado di escludere altra patologia dovuta a cause diverse;
7. L'accuratezza delle indagini è pressoché assoluta. La probabilità di errore diagnostico viene calcolata in circa 1 su 1000. Tale errore può dipendere da una contaminazione materna del campione, cioè dalla possibilità che con il prelievo siano acquisite non solo cellule fetali, ma anche cellule materne. Queste cellule forniscono perciò informazioni sul cariotipo della madre.

Inoltre, nel caso di mosaicismi molto diluiti, cioè la presenza nel feto di una seconda linea a corredo cromosomico diverso in una piccola percentuale delle cellule, è possibile che l'anomalia non venga individuata sulle cellule analizzate. Infine, l'analisi cromosomica si effettua sulle metafasi, ad una risoluzione media di circa 300 bande. Per questo possono sfuggire alla diagnosi piccoli riarrangiamenti di struttura evidenziabili con le tecniche ad alta risoluzione o con indagini di citogenetica molecolare. Queste indagini non fanno parte del protocollo utilizzato nella diagnosi citogenetica prenatale.

In base alle informazioni ricevute, da il consenso alla diagnosi prenatale nella attuale gravidanza.

Firma del paziente _____

Data, _____

DIREZIONE SANITARIA:

- REPARTO MATERNITA'

Oggetto: **CONSENSO INFORMATO ALLA TERAPIA DELL'IMMUNOPROFILASSI
PER PAZIENTI CON FATTORE RH NEGATIVO.**

Io sottoscritta _____
nata il ____/____/____ a _____ dichiaro di essere stata
informata dal Dott. _____ (firma leggibile)
e in presenza di: _____ (firma leggibile) che:

- a) la mia situazione clinica richiede terapia con IMMUNOGLOBULINE ANTI – D;
- b) la terapia con emoderivati non è esente da rischi sia di natura infettiva che immunologica, nonostante l'effettuazione di tutte le procedure previste dalla vigente normativa.

In base alle informazioni ottenute

- Acconsento
- Rifiuto

di essere sottoposta alla somministrazione del farmaco

FIRMA DEL PAZIENTE _____

FIRMA DI CHI PRATICA LA PROFILASSI ANTI – D _____

Data, ____/____/____

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO
AL PRELIEVO DI ORGANI E DI TESSUTI**

Il/La sottoscritt _____ nato/a _____
il _____ / _____ / _____ e residente a _____
in via _____ n. _____
(documento _____)

e

Il/La sottoscritt _____ nato/a _____
il _____ / _____ / _____ e residente a _____
in via _____ n. _____
(documento _____)

- Coniuge non separato
- Convivente more uxorio
- Figlio di maggiore età
- Genitori
- Rappresentante legale (1)

del Sig./ della Sig.ra / del minore (2) _____ dichiar _____
di essere stat _____ dal Dr. _____ che alle
ore _____ : _____ di oggi _____ / _____ / _____ sono iniziate le procedure previste dalla

Legge 578/1993 ai sensi della Legge 91/1999 per l'accertamento della morte del proprio congiunto.

In particolare dichiar _____ di **non opporre rifiuto** al prelievo di organi e di tessuti a scopo di trapianto terapeutico, al termine del periodo di osservazione previsto dalla Legge medesima.

Data, ___/___/___

Firma _____

Firma _____

L. _____ firm _____ è/sono stat _____ appost _____ alla presenza del sottoscritto Dr. _____

(Matr. _____ Firma _____)

(1) Barrare la voce che interessa

(2) In caso di minore entrambi gli esercenti la patria potestà devono firmare

Numero: _____

Camera: _____

RICHIESTA DI ENDOSCOPIA

Cognome: _____ Nome: _____ Età: _____

storia Clinica: _____

esame richiesto: _____

al Dott. _____

Data, _____

Medico Curante _____

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Io sottoscritto/a _____ dichiaro di essere stato dettagliatamente informato/a dal Dott. _____

sulla necessità di sottopormi, in rapporto alle mie condizioni di salute, al seguente esame: _____

(firma del Paziente)

REFERTO ENDOSCOPICO

Premedicazione: _____ Anestesia: _____ Biopsia: SI NO

RELAZIONE: _____

MODULO PER IL CONSENSO INFORMATO

Il/La sottoscritto/a

Acconsente ad essere sottoposto/a alla procedura endoscopica:

- ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA
- RETTOCOLONSCOPIA
- COLANGIOPANCREATOGRAFIA

Con:

- SCLEROTERAPIA DELLE VARICI
- EMOSTASI DI LESIONE SANGUINANTE
- DILATAZIONE CON EVENTUALE PROTESI
- POLIPECTOMIA
- SFINTEROTOMIA DELLA PAPPILLA CON EVENTUALE DRENAGGIO DI CALCOLI
- PROTESI BILIOPANCREATICA
- GASTROSTOMIA PERCUTANEA
- LASERTERAPIA
- SEDAIONE PROFONDA

Ed altre misure terapeutiche che si rendessero necessarie ed opportune per il completamento dell'esame o in caso di complicanze insorte nell'effettuazione della stessa.

Dichiaro inoltre che in caso di somministrazione di sedativi mi impegno a non condurre autoveicoli o compiere manovre rischiose per le 24 ore successive.

Dichiaro inoltre di non essere affetto dalle seguenti patologie:

- DISTURBI DELLA COAGULAZIONE
- EPILESSIA
- GLAUCOMA
- IPERTROFIA PROSTATICA
- CARDIOPATIA
- BRONCOPNEUMOPATIE CON INSUFFICIENZA RESPIRATORIA

E di non assumere i seguenti tipi di farmaci:

- Anticoagulanti
- Antiaggreganti

Data,.....

IL PAZIENTE

L'ENDOSCOPISTA

CONSENSO INFORMATO ALL'ANESTESIA

Paziente		Età
Nosologico	Reparto	
Diagnosi:		
Intervento:		
<p>Io sottoscritto</p> <p>In vista dell'intervento programmato, dichiaro di essere stato informato in modo esauriente sul tipo di anestesia a cui sarò sottoposto, sulle tecniche di monitoraggio e sulla analgesia post-operatoria. Sono consapevole che l'anestesia, come qualsiasi atto medico, non è esente da complicanze. Autorizzo, pertanto, l'anestesista a modificare la tecnica di anestesia, qualora lo ritenesse necessario, mettendo in atto tutti i mezzi che riterrà opportuno adottare nel mio esclusivo interesse.</p> <p>Data,</p> <p style="text-align: right;">Firma del paziente</p> <p style="text-align: right;">Firma del medico</p> <p>Io sottoscritto, in qualità di</p> <p>del paziente prendo nota ed accetto quanto sopra esposto.</p> <p>Data,</p> <p style="text-align: right;">Firma del Congiunto/Tutore</p>		

AMBULATORI CHIRURGICI

Dichiarazione di ricevuta informazione e consenso a prestazione sanitaria:

Sig./Sig.ra.....

Con la presente scrittura vengono riportati principali dati relativi allo stato di salute accertato a seguito della visita medica effettuata e si forniscono le informazioni atte ad acquisire, o meno, il consenso all'esecuzione degli accertamenti diagnostici e/o dei trattamenti terapeutici ritenuti necessari e, comunque già verbalmente illustrati.

Situazione obiettiva riscontrata nella visita

.....

.....

.....

Notizie sul paziente.....

.....

.....

.....

ha mai effettuato (ad es. dall' odontoiatra	ANESTESIE LOCALI	NO	SI
ha mai avuto eruzioni cutanee, orticaria o difficoltà nella respirazione a causa di	REAZIONI A FARMACI	NO	SI
soffre di, ha familiarità, ha segni clinici di	DIABETE	NO	SI
ha mai notato, anche per piccole ferite la formazione di	CICATRICI ANOMALE	NO	SI
assume farmaci che diminuiscono la coagulazione del sangue	ANTIAGGRAGANTI	NO	SI
in caso di piccoli traumi ha	EMORRAGIE ECCESSIVE	NO	SI
soffre di perdita di	SANGUE DAL NASO	NO	SI
soffre di , ha familiarità, ha segni clinici di	IPERTENSIONE GRAVE	NO	SI
è portatore di elettrostimolatore cardiaco	PACE-MAKER	NO	SI
soffre di , ha familiarità, ha segni clinici di	CARDIOPATIE GRAVI	NO	SI
soffre o ha mai sofferto di svenimenti	LIPOTIMIE	NO	SI
sa di essere positivo ai test per	EPATITE	NO	SI
sa di essere positivo ai test per	ALTRE MALATTIE	NO	SI
soffre o ha sofferto in passato di	CRISI EPILETTICHE	NO	SI
soffre o assume farmaci per	DISTURBI NEUROLOGICI	NO	SI

SPIEGAZIONI PRELIMINARI AGLI ESAMI RADIOGRAFICI CON MEZZO DI CONTRASTO

TAC UROGRAFIA COLANGIOGRAFIA ALTRO _____

Nome e cognome del paziente

Recapito

Gentile Signora/Signore

NOTIZIE IMPORTANTI

E' malato di cuore?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
Ha avuto mai fenomeni allergici per medicinali, alimenti, anestetici?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
Durante precedenti esami radiologici con mezzo di contrasto, ha avuto prurito, vomito, arrossamento della cute, rigonfiamenti cutanei?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
E' in stato di gravidanza?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
Soffre di ipertiroidismo?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
Soffre di ipertensione arteriosa?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI

POSSIBILI COMPLICAZIONI

L'introduzione del mezzo di contrasto non determina, nella maggior parte dei casi, complicanze. Una fugace sensazione di calore può essere considerata normale.

Le eventuali complicanze generalmente consistono in lieve nausea o vomito, o in modica eruzione cutanea, o a modeste variazioni della pressione arteriosa o della frequenza cardiaca. Tutto ciò regredisce spontaneamente o con adeguata terapia e non comporta l'interruzione dell'esame o altre conseguenze.

In alcuni casi, peraltro rari, nel corso dell'esame possono verificarsi più gravi modificazione della pressione arteriosa e del ritmo cardiaco, e/o alterazioni della respirazione e/o grave eruzione cutanea con edema (gonfiore) diffuso, per cui può essere necessario un prolungamento dell'ospedalizzazione. In casi assolutamente eccezionali può esserci rischio per la vita.

Le complicazioni non sono in genere in relazione con altri esami contrastografici eseguiti in precedenza e con reazioni eventualmente manifestatesi in tali circostanze.

Gli esami di controllo effettuati in occasione dell'esame contrastografico servono a valutare le condizioni generali di salute, ma non sono in grado di prevedere, e quindi evitare un'eventuale reazione negativa da parte dell'organismo.

L'uso della fiala "test" è stato da tempo abolito in quanto si è rivelato inutile e a volte dannoso.

Per far fronte a qualsiasi complicanza questo Ospedale è fornito dei farmaci, delle attrezzature adeguate e del personale idoneo ad usarle.

La necessità di sottoporsi all'esame contrastografico, la prudenza e la competenza con la quale verrà eseguito, vantaggi legati alla diagnosi che permetterà di formulare rendono comunque accettabili i rischi.

**SCHEDA PER L'INDAGINE
DI RISONANZA MAGNETICA – R.M.**

Data

DATI DEL PAZIENTE

Cognome Nome

Peso Kg.

Data di nascita e Luogo

Indirizzo Tel.

DATI CLINICI

Esame richiesto

.....

.....

INFORMAZIONI SULL'INDAGINE DI RISONANZA MAGNETICA – R.M.

Gentile Signore/Signora

L'esame che Lei effettuerà NON E' DOLOROSO né fastidioso, viene effettuato senza l'impiego di raggi X.

Durante l'indagine dovrà rimanere IMMOBILE e sentirà un rumore ritmico, che dipende dal normale funzionamento dell'apparecchiatura.

L'apparecchio è dotato d'illuminazione e ventilazione per assicurare il massimo confort e di sistema interfonico, che consente un possibile dialogo tra paziente e medico anche durante lo svolgimento dell'indagine.

Il personale è sempre presente per qualsiasi necessità.

CONSENSO INFORMATO:

L'esame al quale deve essere sottoposto, secondo la richiesta dei suoi medici curanti, può comportare l'introduzione per via venosa di un mezzo di contrasto paramagnetico (GADOLINIO), che consente, quando necessario, un approfondimento diagnostico.

Il mezzo di contrasto, al cui impiego Ella deve dare il suo consenso, può, raramente, provocare qualche disturbo di scarsa entità tipo orticaria, a rapida soluzione e facilmente controllabile.

Il radiologo ed il personale sono a sua disposizione per ogni chiarimento.

Firma del Paziente

(o di chi ne fa le veci specificando la motivazione)

CONTROINDICAZIONI:

Controindicazione all'esame è la presenza di materiale METALLICO presente nel suo corpo.

La preghiamo pertanto di compilare attentamente e firmare il questionario riportato qui di seguito.

CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DEL TEST ERGOMETRICO (PROVA DA SFORZO) AL TAPPETO MOBILE

Lo scopo di questo documento – previsto dalla legge – è quello di informare il paziente sulle indicazioni, le modalità di svolgimento ed i rischi della prova da sforzo, quale esame diagnostico, prescritto dallo specialista curante, affinché il paziente dia per iscritto il proprio consenso, informato e consapevole, all'esecuzione dell'esame stesso.

Questo consenso, ovviamente, non solleva i medici ed il personale sanitario dalle proprie responsabilità professionali nei confronti del paziente.

La prova da sforzo è un'indagine da sforzo che consiste nel monitoraggio dell'**ECG** e della pressione arteriosa, mentre il paziente esegue un esercizio fisico graduale e progressivo secondo protocolli standardizzati a livello internazionale su un ergometro (**il tappeto mobile**) allo scopo di osservare la risposta fisica. Questa risposta è diagnostica e funzionale e consiste nello svelare eventuali alterazioni **ECG** dovute alla presenza, la sede e l'estensione della malattia coronaria.

Questo esame può dare importanti informazioni diagnostiche sul significato dei sintomi soggettivi del paziente, utili indicazioni sulla necessità di ulteriori accertamenti diagnostici (come ad esempio la **coronarografia**) e sull'efficacia della terapia farmacologica. Per questo esso è molto diffuso ed utilizzato in cardiologia a scopo diagnostico e funzionale.

Con la progressione dell'esercizio fisico si provoca normalmente un notevole aumento dei battiti cardiaci e della pressione arteriosa, allo scopo di svelare i segni latenti di ischemia miocardica osservabili nell'**ECG**.

Nella letteratura medica internazionale le complicanze più gravi sono così rare che possono verificarsi fino ad un massimo di 1 caso su 10.000 esami (0,0001%).

In ogni caso il controllo clinico e strumentale del cardiologo che supervisiona l'esame è in grado di prevenire e ridurre l'incidenza delle complicanze e comunque di effettuare un corretto e tempestivo intervento terapeutico. A tale scopo si richiede al paziente la massima collaborazione e la tempestiva segnalazione di ogni sintomo insolito del quale il medico possa valutare l'importanza ed il significato per regolarsi di conseguenza.

IL SOTTOSCRITTO SIGNOR _____
PRESA VISIONE DI QUANTO SOPRA ESPOSTO, LIBERAMENTE E CONSAPEVOLMENTE
ACCETTA DI SOTTOPORSI ALL'ESAME PRESCRITTOGLI DAL MEDICO CURANTE.

DOTT. _____

Data e firma del paziente