



UOC MEDICINA NUCLEARE CONSENSO INFORMATO PER LA PROCEDURA TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA E TEST DA SFORZO

Data

<p>Responsabile UOC</p> <p>Dott. Riccardo Benti</p> <p>Tel.Segreteria 0255033377 Fax: 0255035510</p> <p>Tel.Reparto 025503-3344/3455</p>	<p><i>Gentile Signore/a,</i> Nella relazione di cura fra medico e paziente è importante che vi siano dei momenti in cui confrontarsi sulle scelte di salute: in particolare, è suo diritto ricevere tutte le informazioni necessarie per poter scegliere in modo consapevole. Questo documento ha lo scopo di affiancare il medico nel fornirle un'informazione corretta e completa riguardo le sue condizioni cliniche e le procedure medico-nucleari in questione, affinché Lei possa esprimere una scelta libera e informata.</p> <p>Questa informazione al consenso per la tomoscintigrafia miocardica viene presentata a:</p> <p>COGNOME: _____ NOME: _____ <input type="checkbox"/> Tutore <input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno di: COGNOME: _____ NOME: _____ DATA NASCITA: _____ LUOGO DI NASCITA: _____ SESSO: <input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>F</p> <p>Il/la Dott./Dott.ssa COGNOME: _____ NOME: _____ che richiede l'esame ne ha spiegato l'utilità al tutore/amministratore di sostegno del paziente e gli ha consegnato copia del consenso.</p> <p>firma del medico richiedente</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1. Condizioni/motivazioni cliniche per cui si propone la procedura diagnostica:

In base al quesito diagnostico proposto dal medico curante e all'anamnesi raccolta, al paziente di cui è tutore/amministratore di sostegno, viene suggerita l'esecuzione della tomoscintigrafia miocardica con test da sforzo per ottenere una migliore pianificazione diagnostico-terapeutica

Ha compreso le condizioni cliniche per cui si propone la procedura diagnostica?
Sì Ho chiesto ulteriori chiarimenti

2. Informazioni riguardo la procedura diagnostica:

La tomoscintigrafia miocardica è lo studio non invasivo della perfusione miocardica a riposo e dopo test provocativo (test fisico o farmacologico). Quando un ramo coronarico presenta un restringimento o un'ostruzione, il territorio a valle subirà una diminuzione del flusso sanguigno (ipoperfusione). La diminuita irrorazione cardiaca può essere sufficiente in condizioni di riposo, ma talora non sotto sforzo. Le verrà iniettato per via endovenosa un radiofarmaco che, emettendo una modesta quantità di radiazioni, consentirà di visualizzare mediante un'apparecchiatura specifica la sua distribuzione cardiaca.

Dopo la somministrazione del radiofarmaco (sia a riposo che dopo sforzo) è necessario un tempo medio

d

i attesa di circa un'ora prima dell'acquisizione delle immagini, durante la quale, se possibile, è consigliato assumere un pasto grasso (per migliorare la qualità dell'esame).

L'esame viene eseguito generalmente in due giornate differenti. Prima dell'esecuzione dell'esame, Lei sarà valutato dal medico nucleare e, prima dello sforzo, dal cardiologo, il quale accerterà che non sussistano condizioni per rinviare o sospendere la prova, che sarà eseguita mediante tappeto scorrevole o su cyclette, o ancora mediante infusione di un farmaco in grado di provocare uno stress cardiaco, qualora lo stress fisico non fosse praticabile. In caso di test farmacologico con dipiridamolo, il cardiologo valuterà l'ulteriore assenza di controindicazioni specifiche all'uso di tale farmaco.

Viene allegata una scheda informativa

Ha compreso le informazioni riguardo la procedura diagnostica?

Sì

Ho chiesto ulteriori chiarimenti

3. Benefici attesi:

Proporre delle ipotesi diagnostiche, soddisfare le richieste cliniche dei medici proponenti l'esame

Ha compreso le informazioni sui benefici attesi?

Sì

Ho chiesto ulteriori chiarimenti

4. Rischi connessi con la procedura diagnostica:

Non sono riportati eventi avversi dopo la somministrazione del radiofarmaco, che non è tossico per l'organismo e il rischio da radiazioni (preventivamente valutato dal medico nucleare in funzione del beneficio che si otterrà dall'esecuzione dell'esame) è minimo e simile a quello di un comune esame radiologico. Al rientro a casa si possono riprendere le comuni attività quotidiane evitando contatti stretti e/o prolungati con bambini piccoli e donne in gravidanza nel giorno della somministrazione, per la radioattività residua nel corpo.

Il test da sforzo (anche di tipo farmacologico) comporta l'eventuale comparsa di alcuni sintomi (dolore toracico, cefalea, difficoltà alla respirazione) e/o alterazioni elettrocardiografiche (es:aritmie, segni di ischemia coronarica) ed ipo- o ipertensione arteriosa. Per questo motivo il paziente sarà costantemente monitorato mediante elettrocardiogramma e misurazione della pressione arteriosa. All'insorgenza di qualsiasi sintomo, il paziente dovrà avvertire immediatamente il personale specializzato che sarà al suo fianco, che interverrà adeguatamente avendo a disposizione competenze e mezzi per affrontare eventuali emergenze.

Ha compreso i rischi connessi con la procedura diagnostica?

Sì

Ho chiesto ulteriori chiarimenti

5. Possibili conseguenze e problemi di recupero:

Non esistono problemi legati all'esecuzione di procedure diagnostiche di Medicina Nucleare. **Avvertenze particolari esistono per le donne in età fertile**, in quanto la somministrazione del radiofarmaco è controindicata in caso di gravidanza in atto o presunta, a causa dell'irradiazione all'embrione/feto. Per cui il sospetto di una gravidanza deve essere comunicato immediatamente al Medico Nucleare che valuterà l'opportunità di eseguire l'esame. L'allattamento al seno costituisce una seconda controindicazione per cui è necessario informare il medico che valuterà e indicherà l'eventuale intervallo di sospensione dell'allattamento stesso.

Ha compreso le avvertenze particolari per le donne in età fertile?

Sì

Ho chiesto ulteriori chiarimenti

6. Possibili alternative relative a quanto proposto:

Altre metodiche non invasive, quali ecostress, RM-cardiaca, Angio-TC, possono fornire informazioni complementari ma non sostitutive della metodica scintigrafica.

Ha compreso le possibili alternative all'esame scintigrafico?

Sì

Ho chiesto ulteriori chiarimenti

7. Possibili conseguenze nel caso non venga eseguito l'accertamento:

Nel caso in cui non venga eseguito l'accertamento si potrà verificare ritardo o mancata diagnosi.

Ha compreso le possibili conseguenze alla mancata esecuzione dell'esame scintigrafico?

Sì

Ho chiesto ulteriori chiarimenti

DICHIARAZIONE DEL MEDICO NUCLEARE

Io sottoscritto/a.....dichiaro di aver informato il rappresentante di..... sulle sue condizioni cliniche e sui relativi possibili accertamenti e procedure, in modo chiaro, con linguaggio semplice, assicurandomi della sua comprensione, di aver risposto ad ogni domanda e di prendere atto della sua libera decisione di seguito espressa.

Data/...../.....

Firma del medico n° matr:.....

DICHIARAZIONE DEL MEDICO CARDIOLOGO

Io sottoscritto/a..... dichiaro di aver visionato la documentazione clinica del paziente da cui si evince l'indicazione e la fattibilità dell'esecuzione del test da sforzo (fisico o farmacologico).

Data/...../.....

Firma del medico n° matr:.....

FIRMA INFORMATIVA

Io sottoscritto/a

Tutore

Amministratore di sostegno

di:.....

dichiaro di aver ricevuto informazioni che mi hanno permesso di comprendere le condizioni cliniche della persona della quale sono rappresentante e la procedura che è stata proposta, anche alla luce degli ulteriori chiarimenti da me richiesti.

Data/...../.....

Firma del tutore/Amministratore

Firma dell'eventuale mediatore culturale

ESPRESSIONE DEL CONSENSO

Le viene qui richiesto di dichiarare o di rifiutare il suo consenso per la procedura diagnostica proposta, ricordando che il mancato consenso alla procedura impedirà l'esecuzione della prestazione richiesta con conseguente ritardo nella diagnosi.

In ogni caso Lei potrà comunque, in qualsiasi momento successivo, revocare il consenso che qui sta esprimendo.

Io sottoscritto/a, valutate le informazioni ricevute:

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

All'esecuzione della procedura proposta,

Data/...../.....

Firma del tutore/Amministratore

REVOCA DEL CONSENSO:

Io sottoscritto/a

Tutore

Amministratore di sostegno

di

dopo essere stato informato sulle motivazioni e la natura dell'atto clinico proposto, sui suoi benefici, rischi, alternative e sulle conseguenze nel caso in cui non venga eseguito, revoco il consenso precedentemente espresso.

Data/...../.....

Firma del tutore/Amministratore