



ISTITUTO DI CURA  
CITTÀ DI PAVIA

## NOTA INFORMATIVA PER ECOCARDIOGRAMMA TRANSESOFOGEO

Sig./Sig.ra: .....

nato/a a ..... il .....

### 1) INDICAZIONI E MODALITA' DI ESECUZIONE DELL'ESAME

L'esame consiste in un ecocardiogramma eseguito con una sonda che dovrà essere ingerita per essere posizionata nell'esofago (sonda transesofagea) previa somministrazione di anestetico locale in cavo orale. E' possibile si verifichi la necessità di somministrare un blando sedativo endovena. Durante l'esame verrà registrato continuamente l'elettrocardiogramma. La sonda transesofagea permette di vedere, attraverso la parete dell'esofago, le camere cardiache, i grossi vasi polmonari e l'aorta, le valvole cardiache native e protesiche, con un dettaglio significativamente migliore rispetto all'approccio transtoracico.

Questa procedura ha lo scopo di:

- completare e/o meglio chiarire la natura dei disturbi cardiaci accusati e/o aspetti morfologici e funzionali del cuore e dei grossi vasi ottenute con ecocardiografia transtoracica;
- diagnosticare e/o quantificare le conseguenze funzionali di eventuali malattie del cuore e/o dei grossi vasi;
- definire la prognosi di una eventuale malattia cardiaca;
- decidere sull'ulteriore gestione clinica e terapeutica grazie alle specifiche informazioni che derivano da questo esame.
- Ricercare trombi in trio ed auricola sinistra

La non esecuzione dell'indagine potrebbe implicare:

- Un' incompletezza nell'iter diagnostico e quindi una carente formulazione della diagnosi finale;
- l'inizio o la prosecuzione della terapia in termini empirici, ovvero la limitata possibilità di stabilire una corretta terapia, con tutto ciò che ne deriva in termini di prognosi.

### 2) RISCHI ED EFFETTI COLLATERALI

- durante l'indagine potrebbero comparire i seguenti sintomi:
  - ✓ irritazione faringea,
  - ✓ ipersalivazione,
  - ✓ senso di vomito,
  - ✓ formicolio,
  - ✓ senso di mancamento,
  - ✓ sensazione di respiro affannoso,
  - ✓ nausea



ISTITUTO DI CURA CITTÀ PAVIA - Via Parco Vecchio, 27 - 27100 PAVIA - Tel. 0382.433611 - Fax. 0382.576821

Di Istituti Clinici Di Pavia e Vigevano S.p.A. - Via Parco Vecchio, 27 - 27100 Pavia

www.grupposandonato.it - info.iccp@grupposandonato.it - Cod. Fisc. e P. IVA 00182770180 - Reg. Imp. Pavia N. 00182770180 - CAP. SOC. € 7.206.300 IV.

- Anche se prescritta e condotta secondo arte e secondo le più moderne conoscenze mediche, in letteratura (J Am Soc Echocardiogr 2002; 15:1396-400) vengono riportate i seguenti rischi e complicanze:
  - ipertensione transitoria (0.09%),
  - ipotensione transitoria (0,05%),
  - desaturazione ( 0,03%),
  - ipotensione severa (0,002%),
  - vomito (0,005%),
  - aritmie (blocco atrio-ventricolare, extrasistolia ventricolare, fibrillazione atriale - 0,003%),
  - sanguinamenti minori
  - in casi eccezionali la perforazione dell'esofago;

### 3) ALTERNATIVE DIAGNOSTICHE

Le eventuali alternative diagnostiche sono rappresentate dall'esame emodinamico-contrastografico, dalla tomografia assiale computerizzata (TAC) e dalla risonanza magnetica.

### 4) NOTE IMPORTANTI

- ✓ E' **fondamentale** informare i medici del laboratorio di ecografia cardiovascolare dell'eventuale presenza di malattie dell'esofago o del fegato (pregressi interventi chirurgici, diverticoli esofagei, varici esofagee, acalasia esofagea) per evitare complicanze potenzialmente letali.
- ✓ È necessario **avvertire tempestivamente il personale medico e infermieristico** non appena si dovessero manifestare dei sintomi
- ✓ Per circa un'ora e mezza dal termine della procedura **non bisogna assumere cibo.**
- ✓ nelle 12-24 ore che seguono l'esame **non bisogna sottoporsi ad attività impegnative** (ad es. guidare l'auto, utilizzare mezzi meccanici potenzialmente pericolosi ecc.)

### BIBLIOGRAFIA

J Am Soc Echocardiogr 2002; 15:1396-400



Il Sottoscritto/a Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ C.F.: \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ tel.: \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

*Che il presente documento è stato letto al Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_*

*In sua presenza*

*Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_*

*Firma del testimone \_\_\_\_\_*



\*Nel caso di impedimento fisico che renda impossibile la sottoscrizione da parte del paziente , il documento dovrà essere letto alla presenza di un testimone il quale, sotto la sua responsabilità, dichiarerà che il paziente ha prestato il consenso al trattamento

Il Sottoscritto/a Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ C.F.: \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ tel.: \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

- **Che il presente documento è stato letto al Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_**  
**In sua presenza**
- **Che il medico procedente ha provveduto a fornire le spiegazioni richieste ed utili per la piena comprensione di quanto in esso riportato**
- **Che il Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ ha autorizzato il medico procedente ad effettuare il trattamento sopra descritto**
- **Il Sottoscritto/a Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ autorizzo fin da ora a procedere ad un ulteriore e diverso intervento qualora si verificano circostanze tali da renderlo opportuno**

*Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_*

*Firma medico \_\_\_\_\_*

*Firma testimone \_\_\_\_\_*

*\*Nel caso in cui il **paziente si trovi in stato di momentanea incoscienza** e fuori dai casi di ricorrenza dello stato di necessità, il medico dovrà attendere che egli riprenda coscienza per chiedere il consenso al trattamento. **Non è corretto chiedere il consenso ai familiari, poiché si tratta di un atto personale.***

*\*Nel caso di paziente **minore di età o in stato di incapacità legale** e salvo la ricorrenza dello stato di necessità, il consenso dovrà essere prestato **dal genitore esercente la patria potestà o dall'Autorità Tutoria.***

*\*Nel caso in cui il paziente non sia interdetto né in abilitativo e tuttavia si trovi in stato di incapacità naturale (non in grado di intendere e di volere salvo la ricorrenza dello stato di necessità- il consenso all'intervento/esame dovrà essere prestato da un **curatore appositamente nominato da Tribunale competente.***