

## Cardiologie

Universitätsspital Basel  
Petersgraben 4, CH-4031 Basel  
Telefon +41 61 265 44 45, Fax +41 61 265 45 98

### Informazioni e dichiarazione di consenso

## Cambio del cardioversore defibrillatore impiantabile (CDI)

Gentile paziente, egregio paziente

Dai controlli di routine effettuati al suo cardioversore defibrillatore impiantabile (CDI) risulta che la batteria del suo apparecchio si esaurirà entro breve tempo. Per questo motivo le abbiamo organizzato un appuntamento per il cambio del suo CDI qui all'ospedale universitario di Basilea.

### Procedimento operatorio

In genere il cambio del defibrillatore impiantabile viene svolto seguendo una procedura simile a quella avvenuta durante il primo impianto. Di regola l'intervento è effettuato in anestesia locale, al bisogno possono essere somministrati anche sedativi e antidolorifici. Dopo una breve incisione della pelle sulla cicatrice precedente, il CDI viene liberato dai tessuti, gli elettrodi vengono staccati dal vecchio apparecchio e attaccati al nuovo CDI. Vengono dapprima svolte le misurazioni che normalmente vengono eseguite durante i controlli di routine. Poi le viene somministrato un sonnifero molto potente e di breve durata, poiché in quel frangente viene testato il suo defibrillatore. Con il nuovo apparecchio viene emesso un impulso di corrente elettrica ad alta energia opportunamente dosato e sincronizzato al suo ritmo cardiaco. Questo collaudo è necessario per assicurarsi che l'intero sistema (il nuovo CDI e i cavi appena collegati) continui a funzionare in modo invariato. In seguito il nuovo apparecchio viene inserito nella cavità di tessuto nella quale era presente il vecchio defibrillatore impiantabile e la ferita viene di nuovo suturata. Ancora mentre si trova in sala operatoria il suo CDI viene controllato e programmato con le stesse impostazioni presenti nel vecchio apparecchio.

La procedura o l'esame viene eseguito sotto radiazioni a raggi X. C'è quindi una certa quantità di esposizione alle radiazioni, ma questa è mantenuta più bassa possibile. Tuttavia, per considerazioni di base, tale procedura dovrebbe essere effettuata durante la gravidanza solo in caso di emergenza.

### Possibili complicazioni

Nella maggioranza dei casi gli elettrodi già presenti possono essere lasciati nella loro posizione. Per questo motivo molte complicazioni (legate all'inserimento degli elettrodi) che possono verificarsi durante il primo impianto del CDI non accadono durante il cambio del CDI. Invariato resta il rischio di formazione di un ematoma a livello della ferita operatoria, per il quale però solo in casi molto rari si necessita la riapertura della ferita (< 1%). I dati forniti da diversi studi attestano il rischio della comparsa di infezioni in prossimità della ferita chirurgica all'1-2% dei casi. La terapia in questo caso deve essere valutata di volta in volta individualmente.

### Dopo il cambio di defibrillatore

I controlli futuri del nuovo CDI avvengono come di consueto o all'ospedale universitario di Basilea o dal suo cardiologo curante. Il primo controllo del defibrillatore è sufficiente eseguirlo

di regola dopo 6 mesi dal cambio dell'apparecchio. Nel caso in cui fossero stati usati punti di sutura riassorbibili (cioè che si dissolvono da soli) consigliamo di eseguire un controllo della ferita 10-12 giorni dopo l'intervento. Se fossero stati usati punti di suturi non riassorbibili, quest'ultimi devono essere tolti dal medico di famiglia 10-12 giorni dopo l'intervento.

## Schizzo

### Per favore ci comunichi

se ci sono aspetti poco chiari o se ritiene importante qualcosa che non è stato menzionato in questo testo o nel colloquio personale con il medico.

### Dichiarazione di consenso

Il Dottor / La Dottoressa ..... ha avuto con il/la sottoscritto/-a un colloquio informativo conclusivo. Ho capito le spiegazioni e ho potuto porre tutte le domande di mio interesse. Dopo aver riflettuto per il tempo necessario e dopo che è stato risposto in modo completo alle mie domande, mi dichiaro disposto/-a a sottopormi all'operazione proposta.

Firma paziente: \_\_\_\_\_

Firma medico: \_\_\_\_\_

Luogo e data: \_\_\_\_\_

### Dichiarazione di consenso alla raccolta e alla valutazione dei dati

Acconsento alla raccolta e all'analisi dei dati scientifici relativi al mio trattamento in forma elettronica crittografata. In caso di necessità è assicurata la tracciabilità dei dati per la garanzia della qualità. Il paziente ha diritto a un accesso illimitato ai propri dati archiviati.

Firma del paziente: .....

Luogo e data: .....