

Cardiologia

Ospedale Universitario di Basilea
Petersgraben 4, CH-4031 Basilea
Telefono +41 61 265 44 45, Fax +41 61 265 45 98

Informativa e dichiarazione di consenso

Controllo dello shock dell'ICD

Gentile paziente

Per qualche ragione, che il vostro medico curante vi ha precedentemente spiegato, il vostro ICD (defibrillatore) deve essere nuovamente testato. Affinché il test del defibrillatore non risulti sgradevole sarà necessaria una leggera anestesia.

Controllo dello shock dell'ICD

In primo luogo viene effettuato un accesso in vena per iniettare i farmaci. Cadrete in un sonno profondo entro 1-3 minuti. Quindi, con un meccanismo speciale, il cuore viene stimolato e viene innescata una cosiddetta fibrillazione ventricolare, l'aritmia più pericolosa. Il defibrillatore rileverà questa fibrillazione e la terminerà con una scossa elettrica. Se questo non è possibile per qualsiasi ragione, invieremo una scossa elettrica tramite il defibrillatore esterno che terminerà l'aritmia. Queste misure non sono avvertite dal paziente.

Dopo il test dello shock

Dopo un periodo di monitoraggio di circa un'ora si può tornare a casa. Prima il medico vi comunicherà i risultati e discuterà con voi eventuali misure. Si consiglia di non guidare l'auto, ma di utilizzare i mezzi pubblici o di farsi accompagnare in ospedale.

Spazio per uno schizzo/note personali:

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. Sono pure d'accordo che si eseguano eventuali interventi di prima necessità a seguito dell'operazione stessa.

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 dati archiviati.

Firma del paziente:

Luogo e data: