

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 del paziente

Cateterismo cardiaco e trattamento delle arterie coronarie ristrette o bloccate (angioplastica a palloncino e simili)

Sono stato informato dell'intervento di cateterismo cardiaco e fornisco il mio consenso.

In particolare, sono al corrente dello scopo dell'intervento e del decorso. Il rischio associato mi è noto. Sono al corrente che, in alcuni casi, il cateterismo cardiaco può causare sanguinamento, ad esempio, nel punto di iniezione e aritmie cardiache, che devono essere trattati. Altre serie complicazioni (gravi allergie ai farmaci utilizzati, disturbi circolatori degli arti inferiori, formazione di coaguli di sangue nelle arterie, disturbi renali, ictus, ecc.) si verificano in meno dell'1% dei pazienti.

Nel caso in cui, dopo visualizzazione dei vasi coronarici, il medico proponga il cateterismo dei vasi coronarici ristretti (angioplastica a palloncino e simili) mi dichiaro d'accordo e rinuncio a un ulteriore periodo di riflessione. Sono stato informato in merito allo scopo, alle possibilità di successo, al rischio e ad altre opzioni di trattamento. Sono al corrente che una costrizione vascolare raramente può comportare disturbi circolatori cardiaci e, nel caso di un possibile infarto, può essere necessario un intervento chirurgico di bypass immediato.

Durante la procedura di cateterismo il mio medico deve adottare misure supplementari a seconda della situazione, al fine di ottenere il miglior risultato possibile. Nella maggior parte dei casi viene inserita una rete metallica molto sottile come supporto interno vascolare (stent). Lo stent cresce nel vaso senza rigetto. Sono al corrente che devo assumere farmaci antiplastrinici supplementari per prevenire la formazione di coaguli di sangue nello stent per alcuni mesi. Nel 5-10% degli interventi può verificarsi, nei primi mesi, un rinnovato restringimento dei vasi coronarici (cosiddetta restenosi) rendendo necessario un nuovo trattamento o un intervento di by-pass.

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: