

## 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 di una perdita tra la camera cardiaca destra e sinistra, ossia difetto del setto atriale, chiusura di un forame ovale aperto (ASO, PFO) o di un difetto del setto ventricolare (VSD)**

Sono stato informato dell'intervento previsto e fornisco il mio consenso.

Sono stato informato in merito allo scopo, alle possibilità di successo, al rischio e ad altre opzioni di trattamento. Sono al corrente che, durante il procedimento di cateterismo, il mio medico deve adottare misure supplementari a seconda della situazione, al fine di ottenere il miglior risultato possibile. Ciò può richiedere, in particolare, l'impiego di un'ecografia attraverso l'esofago (ecocardiografia transesofagea) o di un'ecografia al cuore (ecografia intracardiaca). Sono al corrente che, in alcuni casi, il posizionamento dello schermo non può essere effettuato e deve essere associato un trattamento di emergenza o un intervento chirurgico programmato.

Sono informato che in casi rari (<1%) lo schermo può staccarsi poco dopo il posizionamento e deve essere rimosso dal cuore o da un vaso sanguigno mediante catetere o intervento chirurgico. Sono al corrente che l'intervento rende necessario il trattamento con farmaci anti-coagulanti per sei mesi. Altre complicazioni gravi sono un'embolia gassosa arteriosa o una lesione dei vasi sanguigni che, di norma, si verificano molto raramente (<1%). Sono al corrente che, successivamente all'impianto dello schermo, possono verificarsi aritmie cardiache temporanee, che devono essere trattate con i farmaci.

Sono stato informato che, in alcuni casi, può persistere un buco e può essere necessario un secondo trattamento.

Sono stato informato dei rischi generali di cateterismo cardiaco. Sono al corrente che possono verificarsi sanguinamento, ad esempio, nel punto di iniezione e aritmie cardiache, che devono essere trattati. Altre complicazioni gravi (allergie ai farmaci utilizzati gravi, disturbi della circolazione arteriosa e formazione di coaguli di sangue nelle arterie, disturbi renali, ictus, ecc.) si verificano in meno dell'1% dei pazienti.

Poiché sussiste un piccolo rischio di infezione batterica mi sarà somministrato un antibiotico e per alcuni mesi dovrò assumere antibiotici a scopo preventivo nel caso di interventi odontoiatrici, o di altro tipo, o di stati febbrili.

## 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: .....