

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

Chiusura transcateretere dell'atrio sinistro nei pazienti con fibrillazione atriale

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

Sono stato informato circa lo scopo, le possibilità di successo, il rischio e altre opzioni di trattamento. Sono stato informato che, durante l'esecuzione del trattamento transcateretere, a seconda della situazione, devono essere intraprese misure supplementari per ottenere il miglior risultato possibile.

In alcuni casi (circa il 5%) il posizionamento dello schermo non può essere eseguito. Nella maggior parte dei casi (circa il 95%) l'inserimento dello schermo avviene nell'atrio sinistro. Il trattamento con emodiluenti viene poi proseguito normalmente ancora per 6 mesi.

Anche se, di norma, l'intervento procede senza problemi possono comunque verificarsi gravi complicazioni. Un'emorragia nel pericardio si verifica in circa il 2-4% dei casi. In questo caso deve essere effettuato un drenaggio attraverso un accesso sotto lo sterno e, in rari casi, fermata l'emorragia con cardiocirurgia. Raramente lo schermo si può staccare dopo l'inserimento e deve essere rimosso con il catetere o un'operazione dal cuore o da un vaso sanguigno. Altre complicazioni gravi sono ictus o embolia gassosa che, tuttavia, si verificano raramente (<1%).

Inoltre sono stato accuratamente informato sui rischi generali di un cateterismo cardiaco, che possono verificarsi emorragie, ad esempio, nel sito di iniezione e disturbi del ritmo cardiaco e che devono essere trattati. Altre serie complicazioni (gravi allergie ai farmaci utilizzati, insufficienza renale, disturbi circolatori e formazione di coaguli di sangue nelle arterie, decesso si verificano di rado (<1%).

Poiché sussiste un rischio minimo di infezione batterica mi sarà prescritto un antibiotico da assumere a scopo preventivo per alcuni mesi nel caso di interventi odontoiatrici, o altri interventi, o di malattie 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: