



CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELL'ECOGRAFIA CON MEZZO DI CONTRASTO

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il ___/___/___ residente in via _____ Città _____ (___)

Telefono _____

CHE COS'È?

È una normale ecografia associata all'utilizzo di mezzo di contrasto (MDC) specifico eco amplificatore.

A COSA SERVE?

L'ecografia è una tra le più comuni e sicure procedure diagnostiche, basata sull'utilizzo degli ultrasuoni per visualizzare ed esaminare varie strutture anatomiche.

Lo scopo di utilizzare un mezzo di contrasto specifico è quello di ottenere una diagnosi più precisa ed eventualmente fungere da guida per procedure interventistiche.

COME SI EFFETTUA?

Il mezzo di contrasto utilizzato in ecografia è costituito da una soluzione contenete piccole bollicine che racchiudono al loro interno un gas inerte. Viene iniettato per via endovenosa attraverso un piccolo catetere posto a livello di una vena del braccio e rimanere in circolo per circa 15-20 minuti, un periodo sufficiente a migliorare l'immagine ecografica degli organi e dei vasi sanguigni esplorati per ottenere maggiori informazioni.

L'esame non è doloroso.

EVENTUALI COMPLICANZE

Raramente possono presentarsi reazioni di tipo allergico con sintomi quali reazioni cutanee, diminuzione della frequenza cardiaca e diminuzione della pressione che in qualche caso hanno portato a perdita di coscienza. Tali eventi possono essere particolarmente seri, anche con rischio di vita, specialmente se si verificano in pazienti con patologia cardiaca grave.

La maggior parte di questi eventi è di lieve entità e si risolve spontaneamente, senza conseguenze. Le reazioni allergiche gravi sono estremamente rare.

RACCOMANDAZIONI

ESSERE A DIGIUNO il giorno dell'esame da almeno 6 ore.

La presenza di stato di gravidanza, di malattie cardiocircolatorie, l'ipersensibilità nei confronti di alcuni farmaci o altre eventuali ulteriori manifestazioni allergiche devono essere rese note al Medico che esegue l'indagine.

Non è necessario sospendere alcun farmaco normalmente assunto prima di effettuare l'esame.



CONSENSO INFORMATO

Il sottoscritto _____

Dichiaro

- Di aver letto e compreso la sopraestesa informativa e di essere stato informato dal Dott. _____ sul tipo di indagine diagnostica da eseguire e precisamente ECOGRAFIA CON MEZZO DI CONTRASTO (CEUS) per la quale è garantita la riservatezza dei dati personali utilizzabili per eventuali studi o pubblicazioni scientifiche;
- Ho avuto tutte le informazioni che desideravo ed ampia opportunità di fare domande;
- Di aver compreso anche le informazioni fornite verbalmente;
- Essere consapevole del parere del sanitario che il trattamento proposto è quello che offre il miglior rapporto rischio/beneficio sulla base delle conoscenze attuali;
- Essere consapevole della possibilità che l'indagine, una volta avviata, possa essere interrotta a sua richiesta, senza pregiudicare l'attività assistenziale, ma senza ottenere l'informazione ricercata;
- Essere consapevole dei rischi relativi e di eventuali danni per la salute (temporanei e permanenti) e per la vita.

Valutate le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati forniti, avendo compreso quanto sopra sinteticamente riportato:

Accetto l'indagine proposta

Rifiuto l'indagine proposta

DICHIARAZIONE di STATO DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA

- SI**
 NO

Data ____/____/____

Firma del paziente (o Tutore)

Firma del Medico

ATTO DI REVOCA del consenso alla procedura sopra descritta.

Con la presente, si revoca il consenso sopra espresso.

Data ____/____/____

Firma del paziente (o Tutore)

Firma del Medico