



Associazione Italiana Arteriologia e Cardiostimolazione

CONSENSO RELATIVO ALL'INTERVENTO DI ABLAZIONE TRANSCATETERE

Io sottoscritto/a.....  dichiaro:

- di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente sull'atto sanitario proposto, attraverso:
 - l'informazione fornita;
 - il colloquio con un medico;
- di essere a conoscenza della possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'intervento;
- di (barrare la scelta) ☒ ACCETTARE / ☐ NON ACCETTARE liberamente, spontaneamente e in piena coscienza, l'atto sanitario proposto.
- di (barrare la scelta) ☒ AUTORIZZARE / ☐ NON AUTORIZZARE l'operatore all'esecuzione di eventuali procedure addizionali ritenute opportune dall'operatore durante l'intervento (es. cardioversione elettrica) nel solo interesse della mia salute e della migliore riuscita dell'intervento stesso, con l'impegno di descrivere nel registro operatorio nel modo più esaustivo le condizioni intra operatorie che le hanno motivate

Osservazioni:.....

Valutazione tecnica sul grado di attenzione, lucidità, autonomia e capacità relazionali dimostrati dal paziente nel corso dell'informazione e al momento del consenso.

.....

Timbro e Firma del medico.....

Firma del paziente*.....

Data 18/06/2018

DA FIRMARE CONGIUNTAMENTE IN CASO DI PAZIENTE MINORENNE

Nome e firma del padre

Nome e firma della madre

..... (data.....)

..... (data.....)

NB: In caso sia presente solo un genitore occorre allegare il previsto modello di autocertificazione (allegato).

MODELLO INFORMATIVO

Informazioni relative all'intervento di

ABLAZIONE TRANSCATETERE

Io sottoscritto/a.....
essere stato/a informato/a..... dichiaro di

DI ESSERE AFFETTO DA:

- ☐ Fibrillazione atriale ☐ Tachicardia parossistica sopraventricolare
- ☐ s. di Wolff Parkinson White ☐ Tachicardia atriale
- ☒ Tachicardia ventricolare ☐ Flutter atriale ☐ Altro.....

E CHE PER IL TRATTAMENTO DELLA STESSA E' INDICATO L'INTERVENTO DI:

ABLAZIONE TRANSCATETERE

FINALITÀ DELL'INTERVENTO

L'ablazione transcatetere è una procedura che consente di curare molte aritmie e consiste nella eliminazione dei focolai o delle vie elettriche anomale che sono responsabili dell'aritmia stessa. L'ablazione viene generalmente eseguita solo dopo un'accurata analisi del meccanismo dell'aritmia (studio elettrofisiologico) e nella maggior parte dei casi viene effettuata nella stessa seduta

DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO

Lo studio elettrofisiologico è un intervento eseguito in asepsi in sala operatoria, previa anestesia locale e con l'aiuto di apparecchi radiologici: la procedura consiste nel posizionamento, attraverso una o più vene della gamba, del collo, del braccio o del torace di alcuni sondini (elettrocaterteri) all'interno del cuore e nell'esecuzione di una serie di misure elettriche e di stimolazioni artificiali del cuore.

Qualora in base ai risultati dello studio elettrofisiologico si conferma la possibilità di trattare l'aritmia mediante l'ablazione questa viene eseguita immediatamente, nell'ambito della stessa procedura.



Associazione Italiana Aritmologia e Cardiosinchronizzazione

CONSENSO RELATIVO ALL'INTERVENTO DI ABLAZIONE TRANSCATETERE

Io sottoscritto/a..... [redacted] dichiaro:

- di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente sull'atto sanitario proposto, attraverso:
 - l'informazione fornita;
 - il colloquio con un medico;
- di essere a conoscenza della possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'intervento;
- di (barrare la scelta) ☒ **ACCETTARE** / ☐ **NON ACCETTARE** liberamente, spontaneamente e in piena coscienza, l'atto sanitario proposto.
- di (barrare la scelta) ☒ **AUTORIZZARE** / ☐ **NON AUTORIZZARE** l'operatore all'esecuzione di eventuali procedure addizionali ritenute opportune dall'operatore durante l'intervento (es. cardioversione elettrica) nel solo interesse della mia salute e della migliore riuscita dell'intervento stesso, con l'impegno di descrivere nel registro operatorio nel modo più esaustivo le condizioni intra operatorie che le hanno motivate

Osservazioni:.....

Valutazione tecnica sul grado di attenzione, lucidità, autonomia e capacità relazionali dimostrati dal paziente nel corso dell'informazione e al momento del consenso.

Timbro e Firma del medico.....

Firma del paziente*.....

Data..... 12/10/2016

DA FIRMARE CONGIUNTAMENTE IN CASO DI PAZIENTE MINORENNE

Nome e firma del padre

Nome e firma della madre

..... (data.....)

..... (data.....)

NB: in caso sia presente solo un genitore occorre allegare il previsto modello di autocertificazione (allegato).

MODELLO INFORMATIVO

Informazioni relative all'intervento di

ABLAZIONE TRANSCATETERE

Io sottoscritto/a..... dichiaro di
essere stato/a informato/a.....

DI ESSERE AFFETTO DA:

- ☐ Fibrillazione atriale ☐ Tachicardia parossistica sopraventricolare
☐ s. di Wolff Parkinson White ☐ Tachicardia atriale
☒ Tachicardia ventricolare ☐ Flutter atriale ☐ Altro.....

E CHE PER IL TRATTAMENTO DELLA STESSA E' INDICATO L'INTERVENTO DI:

ABLAZIONE TRANSCATETERE

FINALITÀ DELL'INTERVENTO

L'ablazione transcateretere è una procedura che consente di curare molte aritmie e consiste nella eliminazione dei focolai o delle vie elettriche anomale che sono responsabili dell'aritmia stessa. L'ablazione viene generalmente eseguita solo dopo un'accurata analisi del meccanismo dell'aritmia (studio elettrofisiologico) e nella maggior parte dei casi viene effettuata nella stessa seduta.

DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO

Lo studio elettrofisiologico è un intervento eseguito in asepsi in sala operatoria, previa anestesia locale e con l'aiuto di apparecchi radiologici: la procedura consiste nel posizionamento, attraverso una o più vene della gamba, del collo, del braccio o del torace di alcuni sondini (elettrocateretri) all'interno del cuore e nell'esecuzione di una serie di misure elettriche e di stimolazioni artificiali del cuore.

Qualora in base ai risultati dello studio elettrofisiologico si conferma la possibilità di trattare l'aritmia mediante l'ablazione questa viene eseguita immediatamente, nell'ambito della stessa procedura.

CONSENSO RELATIVO ALL'INTERVENTO DI ABLAZIONE TRANSCATETERE

Io sottoscritto/a [redacted] dichiaro:

- di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente sull'atto sanitario proposto, attraverso:
 - l'Informativa fornita;
 - il colloquio con un medico;
- di essere a conoscenza della possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'intervento;
- di (barrare la scelta) ☒ **ACCETTARE** / ☐ **NON ACCETTARE** liberamente, spontaneamente e in piena coscienza, l'atto sanitario proposto.
- di (barrare la scelta) ☒ **AUTORIZZARE** / ☐ **NON AUTORIZZARE** l'operatore all'esecuzione di eventuali procedure addizionali ritenute opportune dall'operatore durante l'intervento (es. cardioversione elettrica) nel solo interesse della mia salute e della migliore riuscita dell'intervento stesso, con l'impegno di descrivere nel registro operatorio nel modo più esaustivo le condizioni intra operatorie che le hanno motivate

Osservazioni:.....

Valutazione tecnica sul grado di attenzione, lucidità, autonomia e capacità relazionali dimostrati dal paziente nel corso dell'informazione e al momento del consenso.

Timbro e Firma del medico..... [redacted]

Firma del paziente* [redacted] Data 27/03/2018

DA FIRMARE CONGIUNTAMENTE IN CASO DI PAZIENTE MINORENNE

Nome e firma del padre

Nome e firma della madre

..... (data.....)

..... (data.....)

NB: In caso sia presente solo un genitore occorre allegare il previsto modello di autocertificazione (allegato).