

MODELLO INFORMATIVO RELATIVO ALL'ESECUZIONE DELL'HEAD-UP TILT TEST

Io sottoscritto/a.....
nato/a a.....il.....

In nome e per conto del/la Sig/Sig.ra.....
nato/a a.....il.....
che mi ha incaricato di raccogliere questo consenso informato ai sensi dell'art.1 comma 3 della L.
22 dicembre 2017, n. 219

dichiaro di essere stato/a informato/a in data..... dal dr.....

- DI ESSERE AFFETTO DA:
- CHE IL MIO DELEGANTE È AFFETTO DA:
 - Sincope di natura da determinare
 - Altro.....

E che per la valutazione della stessa è indicato l'esame diagnostico **HEAD-UP TILT TEST**

FINALITÀ DELL'ESAME DIAGNOSTICO

Il tilting test, o head-up tilt test (HUTT) è un esame che consente in un'elevata percentuale di casi di comprendere la causa ed il meccanismo della sincope (svenimento). La prolungata stazione eretta in pazienti predisposti può indurre delle modificazioni del tono neurovegetativo (aumento del tono "vagale") e come effetto finale un calo della pressione arteriosa e/o della frequenza cardiaca, con conseguente riduzione del flusso di sangue al cervello e perdita transitoria della coscienza. Il ripristino della posizione supina permette un rapido ritorno alla normalità della pressione arteriosa e frequenza cardiaca con conseguente regressione della sintomatologia.

Con il tilting test si può riprodurre in ambiente protetto e sotto monitoraggio continuo della pressione arteriosa e della frequenza cardiaca, un eventuale episodio sincopale e quindi intervenire con terapie mirate, per esempio farmacologiche, impianto di pacemaker o comunque evitare ulteriori indagini diagnostiche più complesse.

DESCRIZIONE DELL'ESAME DIAGNOSTICO

L'esame viene effettuato da un infermiere con la presenza o la pronta disponibilità di un medico. Il paziente deve essere a digiuno da almeno 8 ore e viene posizionato su un apposito lettino a 60° di inclinazione. Delle cinture assicurano il paziente al lettino. Durante l'esame vengono eseguite misurazioni della pressione arteriosa e viene monitorizzato il ritmo cardiaco e la presenza di eventuali sintomi. Trascorsi 20 minuti, durante i quali vengono monitorate costantemente la pressione arteriosa e la frequenza cardiaca, in assenza di sintomatologia significativa viene somministrata nitroglicerina sublinguale (in capsula o spray) e l'esame viene protratto per altri 20

minuti prima di considerare negativo il test (durata totale 40 minuti). Durante tutta la durata dell'esame il paziente deve continuamente riferire al medico o all'infermiere la presenza di qualsiasi disturbo o sintomo. Il test viene interrotto nei seguenti casi:

- completamento del protocollo in assenza di sintomi (test negativo);
- comparsa di sincope;
- progressivo abbassamento della pressione arteriosa per più di 5 minuti associato a qualunque disturbo, pur in assenza di sincope;

In caso di sincope e/o severo abbassamento della pressione arteriosa e/o severa riduzione della frequenza cardiaca, l'esame viene interrotto posizionando il paziente supino ed eventualmente somministrando liquidi e/o atropina.

LE POSSIBILI COMPLICANZE

L'esame non comporta rischi significativi; tuttavia per una miglior gestione di eventuali disturbi successivi all'abbassamento della pressione arteriosa e/o frequenza cardiaca (cefalea, vertigini, nausea, vomito...), l'infermiere potrebbe preparare il paziente con una fleboclisi per poter eventualmente somministrare i farmaci necessari o liquidi in caso di necessità.

Nella letteratura media sono descritti rari casi in cui, per l'insorgenza di episodi di asistolia molto prolungata, possono rendersi necessarie le manovre di rianimazione cardiopolmonare e casi rarissimi di ictus cerebrale.

LE ALTERNATIVE E GLI ESITI DELLA MANCATA ESECUZIONE DELL'ESAME

Il tilting test è un esame diagnostico che può contribuire a giungere ad una diagnosi di sincope vasovagale o ad escludere un'origine vasogavale della sincope. Esistono diverse alternative che possono far comprendere la causa ed il meccanismo della sincope (come ad esempio il monitoraggio prolungato del ritmo cardiaco mediante loop recorder esterno o impiantabile), per cui la mancata esecuzione del tilting test non implica necessariamente impossibilità di arrivare ad una diagnosi.

LA ESAME DIAGNOSTICO VERRA' ESEGUITO DA UNO DEI SEGUENTI MEDICI ED INFERMIERI

(elenco dei medici e degli infermieri della struttura abilitati ad eseguire l'esame diagnostico):

.....

Il presente modello informativo integra, senza esaurirlo, quanto esplicitato anche verbalmente al paziente nella specificità del suo caso.

CONSENSO INFORMATO RELATIVO ALL'ESECUZIONE DELL'HEAD-UP TILT TEST

Io sottoscritto/a..... dichiaro:

- di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente sull'atto sanitario proposto, attraverso:
 - l'informativa fornita;
 - il colloquio con un medico;
- che mi è stata data l'opportunità di fare domande e ritengo che le informazioni che precedono e gli eventuali ulteriori chiarimenti richiesti siano stati esaurienti;
- di essere a conoscenza della possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento prima e durante dell'intervento;
- di **ACCETTARE** / **NON ACCETTARE** liberamente, spontaneamente e in piena coscienza, l'atto sanitario proposto;
- di **AUTORIZZARE** / **NON AUTORIZZARE** l'operatore all'esecuzione di eventuali procedure addizionali ritenute opportune dall'operatore durante l'intervento, nel solo interesse della mia salute e della migliore riuscita dell'intervento stesso, con l'impegno di descrivere nel registro operatorio nel modo più esauritivo le condizioni intra operatorie che le hanno motivate;
- di **AUTORIZZARE** / **NON AUTORIZZARE** l'utilizzo in forma anonima dei miei dati ai fini di ricerca scientifica con modalità retrospettiva, senza che tale utilizzo interferisca con l'usuale pratica clinica.

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 o suo delegato (L. 219/2017)

.....

Data.....

DA FIRMARE CONGIUNTAMENTE IN CASO DI PAZIENTE MINORENNE

Nome e firma del padre(data.....)

Nome e firma della madre..... (data.....)

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

IN CASO DI PAZIENTE INTERDETTO

Dati del legale rappresentante (in caso di soggetto privo in tutto o in parte di autonomia decisionale):

Nome Cognome.....

Firma.....

Data.....

NB: va allegata la documentazione che indica i poteri del legale rappresentante

INFORMAZIONE DATA AL PAZIENTE TRAMITE INTERPRETE E TESTIMONI

Nome e Cognome dell'interprete (stampatello).....

documento.....

Firma dell'interprete

Data.....

Nome e cognome del testimone (stampatello).....

Documento.....

Firma del testimone.....

Data.....

DELEGA ALLA RACCOLTA DEL CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto/a

nato/a.....il

attualmente ricoverato presso

.....

.....

del P. O.

rinuncio, ai sensi dell'art.1 comma 3 della L. 22 dicembre 2017, n. 219, ad avere informazioni relative al/ai trattamento/i sanitario/i che mi sono necessari e delego alla raccolta delle informazioni e alla sottoscrizione del consenso per tutte le procedure proposte sopra,
il/laSig/Sig.ra

Nato/a a.....il.....

Firma del paziente

Data.....