

## **MODELLO INFORMATIVO RELATIVO ALLA PROCEDURA DI CARDIOVERSIONE ELETTRICA**

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:  
 Fibrillazione atriale  
 Flutter atriale  
 Tachicardia atriale  
 .....

E che per il trattamento della stessa è indicato la procedura di **CARDIOVERSIONE ELETTRICA**  
Il presente foglio ha lo scopo di informarla riguardo all'utilità ed alle modalità di esecuzione della  
cardioversione elettrica esterna.

### **FINALITÀ DELL'INTERVENTO**

Il suo cuore attualmente batte in modo irregolare e/o rapido, essendo stata riscontrata la presenza  
all'elettrocardiogramma di una aritmia (fibrillazione atriale, flutter, tachicardia atriale o altra).  
Tale aritmia oltre a poterle causare vari sintomi (palpitazioni, affanno, stanchezza, vertigini) può,  
in presenza di frequenza cardiaca troppo elevata, peggiorare la funzione del suo cuore. Nel suo  
caso si è ritenuto indicato tentare di ripristinare il normale ritmo regolare cardiaco sinusale, tramite  
l'applicazione nel suo torace di una corrente elettrica che ha lo scopo di bloccare la sua aritmia e  
far emergere il suo ritmo sinusale normale.

### **PRECAUZIONI**

Durante la fibrillazione atriale il flusso del sangue nelle cavità cardiache circola in modo anomalo e  
ciò può favorire, in particolare nelle aritmie di durata superiore alle 48 ore, la formazione di trombi  
("coaguli" di sangue) in alcune parti del cuore chiamate atri. I trombi possono frammentarsi e  
disseminarsi nei vasi arteriosi, soprattutto nelle fasi successive la cardioversione elettrica,  
causando delle embolie. In presenza di aritmie di durata non nota o superiore alle 48 ore, al fine di  
ridurre al minimo il rischio di embolie, la cardioversione viene eseguita dopo un adeguato periodo  
di terapia anticoagulante; in casi particolari e secondo il proprio giudizio, il medico può consigliare

l'esecuzione di una particolare ecocardiografia con sonda transesofagea per escludere con maggior sicurezza la presenza di trombi, consentendo così la cardioversione immediata.

## **DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO**

Allo scopo di evitare qualsiasi percezione di dolore conseguente alla scarica elettrica applicata sul torace, le verrà somministrato un farmaco che induce una breve sedazione profonda (una specie di leggera anestesia). Per tale trattamento può essere necessario il suo consenso scritto su modulo dedicato. La scarica elettrica viene erogata tramite due piastre metalliche o adesive monouso che vengono appoggiate/applicate sul torace. Durante la cardioversione sarà erogata sul torace una brevissima scarica di corrente sincronizzata con l'elettrocardiogramma. Si possono erogare più scariche aumentando l'energia. Questo shock determina l'azzeramento dei vari circuiti anomali e permette il ripristino del regolare ritmo sinusale. Durante la procedura verrà costantemente registrato al monitor l'elettrocardiogramma, la pressione arteriosa ed il livello di ossigeno nel sangue. A causa dell'effetto residuo del farmaco anestetico, ai pazienti viene consigliato di non guidare e di non prendere importanti decisioni per il resto della giornata. Qualora la cardioversione venga eseguita in regime di day hospital, è necessario che un'altra persona la accompagni a casa dopo la procedura.

## **RISULTATI**

La percentuale di ripristino del ritmo sinusale varia dal 75 al 90% in caso di fibrillazione atriale e dal 90 al 100% in caso di flutter atriale. Ciò dipende da diversi fattori fra i quali la durata dell'aritmia (più è recente e maggiori sono le probabilità di ripristinare il ritmo regolare), le dimensioni del cuore, in particolare dell'atrio sinistro (più è ingrandito e minori sono le probabilità di ripristinare e di mantenere stabilmente il ritmo regolare) e le dimensioni del torace. Per le cause sopra descritte è possibile che, nonostante la cardioversione, l'aritmia possa recidivare poco dopo. Il medico può ritenere opportuno iniziare un farmaco antiaritmico alcuni giorni o ore prima della cardioversione (per aumentare la probabilità di successo della cardioversione) o subito dopo il ripristino del ritmo sinusale, nel tentativo di mantenere il ritmo sinusale il più a lungo possibile.

## **LE POSSIBILI COMPLICANZE**

Sono possibili disturbi locali legati alla scarica elettrica (dolore toracico, senso di spossatezza) con una frequenza pari a 1-3% dei casi. Rischi insiti nella procedura, pure se prescritta e condotta secondo arte e secondo le più moderne conoscenze mediche, si verificano nel 2-3% casi e possono consistere in:

- ripristino tardivo del ritmo cardiaco o emergenza di un ritmo cardiaco molto lento, così da dovere ricorrere, in casi eccezionali, ad una stimolazione elettrica cardiaca temporanea per via transvenosa, transtoracica o transesofagea;
- partenza di formazioni trombotiche (coaguli) dal cuore che possono finire in qualsiasi distretto del corpo (0,5% casi, soprattutto in presenza di trattamento anticoagulante non adeguato);
- transitorio calo della pressione arteriosa, che può durare alcuni minuti o qualche ora, in genere facilmente correggibile da infusione di liquidi;
- edema polmonare (i polmoni si riempiono di liquido causando difficoltà respiratorie), complicanza rara (0,4%);
- nella letteratura medica sono stati descritti rarissimi casi di decesso durante la procedura.

## **POSSIBILI ALTERNATIVE E CONSEGUENZE DI UN EVENTUALE RIFIUTO**

In caso di aritmia insorta recentemente un'alternativa alla cardioversione elettrica è rappresentata dalla cardioversione con farmaci antiaritmici. Tale procedura consiste nel somministrare dei farmaci antiaritmici, nel tentativo di interrompere l'aritmia e ripristinare il normale ritmo sinusale del suo cuore. In generale i farmaci utilizzati sono meno efficaci e non meno pericolosi. In casi selezionati ed in presenza di recidive è possibile eseguire un trattamento (ablazione transcatetere) in grado di ridurre significativamente la nuova insorgenza dell'aritmia.

Generalmente la necessità di mantenere la terapia anticoagulante orale è indipendente dal successo della cardioversione elettrica, ma dipende dal profilo di rischio embolico del paziente. In ogni caso è necessario non sospendere il farmaco anticoagulante per almeno un mese dopo una cardioversione.

## **ESITI CICATRIZIALI**

Non vi sono esiti cicatriziali; raramente vi possono essere transitorie e lievi ustioni a livello della cute in corrispondenza delle piastre utilizzate per la cardioversione.

LA PROCEDURA VERRA' ESEGUITA DA UNO DEI SEGUENTI MEDICI (elenco dei medici della struttura abilitati ad eseguire la procedura):.....

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

## **CONSENSO INFORMATO RELATIVO ALLA PROCEDURA DI CARDIOVERSIONE ELETTRICA**

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 aver regolarmente assunto la terapia anticoagulante orale prescritta, nei tempi indicati;
- 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 esaustivo 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;
- Si procede ad effettuare l'atto terapeutico e/o diagnostico invocando lo **STATO DI NECESSITA'**, in quanto le condizioni cliniche del paziente non consentono di procrastinare lo stesso e il/la paziente è impossibilitato/a ad esprimere il consenso, ovvero in assenza di chi possa legalmente esprimerlo.

**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.....