NOME: ........................................ COGNOME: ..................................

DATA DI NASCITA: ....... / ....... / ................

Informazioni e consenso

**CARDIOVERSIONE ELETTRICA (ELETTROCONVERSIONE)**

Cara paziente, caro paziente,

A causa dei sintomi e dei risultati degli esami effettuati, è indicata per lei un'elettroconversione per trattare il disturbo del ritmo cardiaco. Questo trattamento mira a correggere il disturbo del ritmo che presenta.

**Anticoagulazione**

A causa del disturbo del ritmo cardiaco, c'è un rischio di formazione di coaguli nel cuore. Se questi coaguli entrano nella circolazione sanguigna, possono bloccare un'arteria e causare una grave complicazione, come un ictus con paralisi permanente o addirittura la morte. Per minimizzare questo rischio, è necessario un trattamento anticoagulante prima dell'elettroconversione. In alternativa (e raramente in aggiunta), può essere effettuata un'ecocardiografia transesofagea per escludere la presenza di coaguli preesistenti (i dettagli di questo esame saranno spiegati separatamente). Durante e dopo l'elettroconversione, è essenziale un trattamento anticoagulante. Se viene utilizzato un anticoagulante diretto (Xarelto, Eliquis, Lixiana o Pradaxa) deve aver preso regolarmente il farmaco come prescritto, compreso il giorno dell’intervento. Se assume Marcoumar o Sintrom, deve portare la sua tessera con i valori di INR o Quick.

L'assunzione corretta e ininterrotta dei farmaci anticoagulanti prima e dopo l'elettroconversione è fondamentale per la sua sicurezza. Un'assunzione errata o interrotta può portare a gravi complicazioni, come la formazione di coaguli, un ictus con paralisi permanente, o addirittura la morte.

**Procedura del trattamento**

Per questo trattamento, generalmente eseguito in regime ambulatoriale, deve essere a digiuno (6 ore senza mangiare né bere). Prima dell'intervento, vengono controllati i valori del sangue e della coagulazione, il che richiede un prelievo di sangue. Le protesi dentali mobili vengono rimosse prima dell'intervento. Due grandi elettrodi vengono posizionati sul torace. Un breve impulso elettrico viene inviato tramite questi elettrodi per correggere il disturbo del ritmo e ripristinare il ritmo cardiaco normale. Per evitare dolore, viene effettuata un'anestesia della durata di pochi minuti.

**Complicazioni possibili**

Il trattamento si svolga generalmente senza complicazioni ma non è completamente privo di rischi. Vi possono essere delle irritazioni temporanee della pelle dovute al posizionamento degli elettrodi, raramente reazioni di ipersensibilità agli anestetici, incidenti anestesiologici, insorgenza di altri tipi di disturbi del ritmo, o liberazione di coaguli di sangue nonostante l'anticoagulazione. Il beneficio di questa procedura supera di gran lunga i rischi.

**Dopo la cardioversione**

Dopo il trattamento, deve rimanere a letto secondo le istruzioni del medico. L'anestesia deve svanire completamente prima di poter mangiare, bere o alzarsi. Lo stesso giorno, non può né lavorare né guidare veicoli su strade pubbliche. La corretta prosecuzione del trattamento anticoagulante è molto importante. Consulti il medico in caso di domande o dubbi.

Ci contatti se non hai capito qualcosa o se desidera discutere qualcosa che non è stato menzionato in questo documento o nel colloquio con il medico.

**Consenso**

Il dottor/dottoressa ................................................ mi ha fornito delle informazioni complete. Ho compreso le spiegazioni e ho potuto porre tutte le mie domande. Dopo aver ricevuto risposte complete, accetto di procedere con il trattamento proposto. Accetto anche eventuali interventi aggiuntivi se necessario.

Dichiaro di aver assunto i farmaci anticoagulanti come indicato a pagina 1 di questo documento, senza interruzioni, durante le tre settimane precedenti l'elettroconversione. Ho capito che un'assunzione errata o interrotta di questi farmaci potrebbe causare gravi danni alla mia salute.

Luogo e data: .........................................

Firma del/la paziente: ..............................

Firma del medico: ..............................

Acconsento alla raccolta e all'analisi dei dati scientifici del mio trattamento in forma anonima. Se necessario, i dati possono essere rintracciati per motivi di qualità. Ha il diritto di accedere ai suoi dati archiviati in qualsiasi momento. Può revocare questo consenso senza motivo in qualsiasi momento senza subire conseguenze. In tal caso, tutti i suoi dati saranno completamente e definitivamente cancellati.

Luogo e data: ..................................................

Firma del/la paziente: ..............................