Informazioni e dichiarazione di consenso

### Cambio di apparecchio ICD causa esaurimento batteria

Gentile paziente, egregio paziente

Dagli esami effettuati risulta che la batteria del suo defibrillatore si esaurirà entro breve tempo. Le abbiamo quindi consigliato un cambio dell’apparecchio.

## Procedimento operatorio

Di regola l’intervento è effettuato in anestesia locale. Dopo una breve incisione della pelle sulla cicatrice precedente, il defibrillatore viene liberato dai tessuti, gli elettrodi vengono staccati dall’apparecchio e, dopo controllo della loro corretta funzione, attaccati al nuovo defibrillatore. Quest’ultimo viene inserito nella cavità di tessuto precedente e programmato nuovamente. La corretta stimolazione del suo cuore è garantita durante tutta l’operazione.

## Possibili complicazioni

Sebbene queste operazioni si svolgano generalmente senza problemi, in rari casi si possono verificare delle complicazioni. A livello della ferita operatoria può formarsi un ematoma. Raramente possono sopraggiungere infezioni che richiedono un trattamento speciale. Altrettanto rare sono lesioni degli elettrodi durante la preparazione e la liberazione del defibrillatore dai tessuti. Ciò può comportare, oltre al cambio dell’apparecchio, l’impianto di un nuovo elettrodo o molto raramente l’espianto dell’elettrodo stesso. Gravi danni alla salute o il decesso del paziente dovuti a un cambio di defibrillatore sono estremamente rari e i vantaggi dell’intervento superano ampiamente i rischi a esso legati.

## Dopo il cambio di defibrillatore

Dopo il cambio del defibrillatore è necessario un breve riposo a letto. Per favore ci avvisi immediatamente in caso di gonfiore a livello della cicatrice dopo la dimissione dall’ospedale. Il primo controllo del defibrillatore avviene di regola dopo 6 mesi dal cambio dell’apparecchio.

Secondo le linee guida europee, dopo il cambio di defibrillatore non ha il permesso di guidare alcun veicolo per una settimana. La preghiamo di notare che anche in seguito, a causa di un disturbo del ritmo, potrebbe perdere coscienza e quindi la capacità di guidare un veicolo in modo sicuro o utilizzare una macchina correttamente. La guida professionale di veicoli rimane vietata.

# Per favore ci comunichi

se ci sono aspetti poco chiari o se ritiene importante qualcosa che non è stato menzionato in questo testo o nel colloquio personale con il medico.

# Dichiarazione di consenso

Il Dottor / La Dottoressa ...................................................................................... ha avuto con il/la sottoscritto/-a un colloquio informativo conclusivo. Ho capito le spiegazioni e ho potuto porre tutte le domande di mio interesse. Dopo aver riflettuto per il tempo necessario e dopo che è stato risposto in modo completo alle mie domande, mi dichiaro disposto/-a a sottopormi all’operazione proposta. Sono pure d’accordo che si eseguano eventuali interventi di prima necessità a seguito dell’operazione stessa.

Firma paziente: ...................................................................................................

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

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

**Dichiarazione di consenso per la raccolta e l’analisi dei dati**

Acconsento alla raccolta e alla valutazione dei dati scientifici del mio trattamento in forma elettronica e criptata.

Accetto che i miei dati personali in relazione a questo trattamento possano essere memorizzati in una banca dati elettronica centralizzata, accessibile online e diffusa su tutto il territorio nazionale svizzero, SwissEPnet, della Fondazione svizzera per la ritmologia, allo scopo di garantire la qualità e la tracciabilità. I dati memorizzati sono accessibili agli utenti solo sotto forma di statistiche aggregate, ad eccezione dei membri del team di trattamento. Tutti i dettagli sul trattamento dei dati in SwissEPnet sono riportati nell'informativa sulla privacy https://swissepnet.ch/dataprotection.aspx.

Accetto che i miei dati personali siano trasmessi online via Internet in relazione alla banca dati SwissEPnet, a condizione che siano state adottate misure di sicurezza adeguate. Acconsento inoltre che la suddetta fondazione si avvalga di specialisti informatici esterni per il trattamento elettronico dei miei dati, a condizione che questi siano tenuti a trattare i miei dati in modo confidenziale.

Sono stato informato che ho diritto all'informazione sui dati che mi riguardano e che posso revocare la presente dichiarazione in qualsiasi momento e senza indicarne i motivi. Sono consapevole che, in caso di revoca della presente dichiarazione, i dati che mi riguardano saranno sovrascritti o resi irriconoscibili nella banca dati SwissEPnet.

Firma del/della paziente: …………………………………………………………………………………

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