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**

Mi dichiaro d’accordo riguardo alla raccolta e all’analisi in forma elettronica criptata dei dati scientifici del mio trattamento.

Sono d’accordo che i miei dati personali concernenti questo trattamento siano registrati in una banca dati elettronica, con accesso online e centralizzata a livello svizzero, della Fondazione pacemaker ed elettrofisiologia, allo scopo di garantire la qualità della cura e la reperibilità dei dati stessi. Eccezion fatta per i membri del team curante, le informazioni registrate sono accessibili agli utenti solo sotto forma di statistiche anonime.

Sono d’accordo che i miei dati personali registrati nella banca dati citata vengano inviati online tramite Internet, a condizione che siano rispettate adeguate misure di sicurezza. Sono pure d’accordo che, per l’elaborazione elettronica dei miei dati, la Fondazione citata si avvalga della collaborazione di specialisti informatici esterni, a condizione che questi ultimi siano tenuti a trattare i miei dati in maniera confidenziale.

Sono stato messo a conoscenza del mio diritto di ricevere informazioni riguardo ai miei dati, come pure della possibilità di revocare il presente consenso in ogni momento e senza dover fornire spiegazioni. Sono cosciente che in caso di revoca del presente consenso i dati che mi riguardano verranno cancellati dalla banca dati citata.

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

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