

	<p align="center">DIPARTIMENTO CUORE & VASI Direttore: Dott. Cosimo Napoletano</p> <p align="center">PRESIDIO OSPEDALIERO GIULIANOVA</p> <p align="center">UNITA' OPERATIVA COMPLESSA CARDIOLOGIA UTIC</p> <p align="center">Direttore: Dott. Pietro Di Sabatino</p>	<p>Nota Informativa: <u>UTIC. 2</u> Revisione 0 del 15/02/2010 Pagina 1 di 3</p>
---	---	---

INFORMAZIONI MEDICHE PER SOSTITUZIONE di PACEMAKER / DEFIBRILLATORE

Gentile Signora, Gentile Signore.

La valutazione clinica e strumentale del suo pace-maker/defibrillatore ha condotto alla decisione di effettuare una revisione o sostituzione del dispositivo risultato, rispettivamente, in fase di scarica, mal funzionante o non più adeguato per il trattamento della Sua malattia.

TECNICA

Questo intervento si svolgerà in una sala operatoria, praticando una anestesia locale: verrà aperta la tasca del generatore e questo ultimo sarà disinserito dalla connessione con il vecchio o i vecchi elettrodi, esaminato e sostituito, se necessario, con un nuovo dispositivo.

Potrebbe anche rendersi necessario sostituire un catetere mal funzionante, così come potrebbe essere necessario inserire un ulteriore catetere elettrodo per consentire che il nuovo generatore possa espletare al meglio le sue funzioni.

Per inserire l'eventuale nuovo catetere elettrodo, come è avvenuto in occasione del precedente impianto, dovrà essere individuata una vena attraverso la quale esso verrà posizionato nella zona appropriata del cuore. Queste eventuali manovre avverranno sotto visione radioscopica. Nel caso i cateteri elettrodo avessero difficoltà ad avanzare all'interno della vena in direzione del cuore, potrebbe essere immesso in circolo del mezzo di contrasto. Per tutto ciò Lei è pregata di informarci su una eventuale gravidanza in atto (comunque da evitare nei 6 mesi successivi), o di allergie a mezzi di contrasto o farmaci antibiotici, utilizzati per la profilassi delle possibili complicanze infettive.

Dopo avere verificato il funzionamento del sistema, la ferita sarà chiusa con punti di sutura.

Qualora il battito spontaneo del Suo cuore risultasse troppo lento, può essere indicato applicare uno stimolatore cardiaco temporaneo attraverso una puntura venosa all'inguine o ad una spalla, che verrà rimosso quando non più necessario.

POSSIBILI RISCHI E COMPLICANZE

Durante l'impianto, i Suoi parametri vitali saranno tenuti sotto controllo; potrebbero comunque verificarsi alcuni disturbi (dolore al petto, difficoltà di respirazione, palpitazione, senso di calore al volto, senso di mancamento o anche perdita di coscienza). Lei dovrà avvertire tempestivamente il personale medico ed infermieristico non appena tali sintomi dovessero manifestarsi. Le apparecchiature necessarie ed il personale addestrato per fronteggiare qualsiasi urgenza/emergenza sono prontamente disponibili.

Le procedure di sostituzione del pacemaker/defibrillatore e la eventuale rimozione e/o inserimento di un nuovo catetere elettrodo, anche se prescritti e condotti secondo arte e secondo le più moderne conoscenze terapeutiche, possono comportare rischio di complicanze, peraltro rare, come pneumotorace o emotorace (eventualmente da trattare con un tubo di drenaggio toracico), aritmie cardiache o lesioni del tessuto del cuore.

Le complicanze successive possono essere l'ematoma o l'infezione della tasca o erosioni della cute, e possono richiedere un trattamento farmacologico o la revisione chirurgica, fino all'espianto del sistema. Per tale motivo, Lei è invitata/o a controllare, dopo la dimissione e per qualche tempo, se la cute della zona di impianto non presenti arrossamenti o anomalo gonfiore. Un'altra possibile complicanza è quella dello spostamento dell'eventuale nuovo catetere elettrodo dalla sede in cui è stato posizionato (dislocazione), cui si rimedia riaprendo la ferita e ripetendo le manovre di posizionamento.

Come Lei ben sa, il portatore di pacemaker/defibrillatore può condurre una vita sostanzialmente normale dovendo solo osservare alcune attenzioni nella esposizione a campi magnetici particolarmente potenti, oggi più diffusi di una volta per l'uso dei telefoni cellulari, delle apparecchiature chirurgiche e di risonanza magnetica o di magneto-terapia, e dei dispositivi di sicurezza di grandi negozi, banche o aeroporti.

RISCHIO DERIVANTE DALLA NON ESECUZIONE DELLA PROCEDURA

Il generatore preesistente, se parzialmente esaurito o mal funzionante, potrebbe lavorare in modo non adatto alle Sue necessità; quando la batteria si esaurisca completamente potrebbe non erogare più alcun impulso elettrico, provocando una situazione di scompenso cardiaco, di perdita di coscienza o anche di arresto cardiaco irreversibile.

Le procedure che Le abbiamo ora descritto sono da considerarsi come un intervento invasivo che non può essere eseguito senza il Suo consenso.

Nel caso di rifiuto, che potrà avvenire in qualsiasi momento e senza fornire alcuna spiegazione, nulla cambierà nei rapporti tra Lei e i medici di questo reparto che si impegneranno a curarLa al meglio, per quanto possibile. Tuttavia, la non esecuzione dell'intervento, implicherà una maggiore difficoltà a risolvere o migliorare la situazione clinica che Le è stata descritta, con un aumentato rischio di mortalità o peggioramento della qualità della vita.

Non dimentichi di informarci sui farmaci di cui fa uso, su eventuali allergie e di portarci in visione, la sua documentazione clinica.

Speriamo, con quanto sopra riportato, di essere stati esaurienti.

Non esiti comunque a porci tutti i quesiti e le domande che riterrà opportune.

L'informazione è il vero e proprio inizio dell'atto medico e parte integrante della nostra professione per questo anche il più piccolo dubbio o la più sottile incertezza debbono essere risolti con le spiegazioni necessarie che saremo lieti di fornirLe.

Grazie per la collaborazione.



DIPARTIMENTO CUORE & VASI

Direttore: Dott. Cosimo Napoletano

PRESIDIO OSPEDALIERO GIULIANOVA

UNITA' OPERATIVA COMPLESSA CARDIOLOGIA
UTIC

Direttore: Dott. Pietro Di Sabatino

Nota Informativa: UTIC. 2

Revisione 0
del 15/02/2010
Pagina 3 di 3

Il Signor /Signora: _____ Firma _____
Stampatello

ha personalmente ricevuto le informazioni per l'esame (UTIC. 2 - SOSTITUZIONE DI PACEMAKER \ DEFIBRILLATORE)

dal Dott: _____ Firma _____
(stampatello)

Data ____/____/____/