

Clinica/ Studio medico / Klinik / Praxis:



Dati del paziente / Patientendaten:

italienisch

La visita diagnostica è prevista il giorno (data): Der Eingriff ist vorgesehen am (Datum):

Gentile paziente,

Le visite diagnostiche finora svolte indicano una malattia cardiologica. Per poter stabilire il tipo e la reale dimensione di tale malattia sono necessarie visite ulteriori. Con la pianificata visita ecografica del Suo cuore attraverso l'esofago (ecografia transesofagea) si può giudicare in modo ottimale la forma e la funzionalità del Suo cuore.

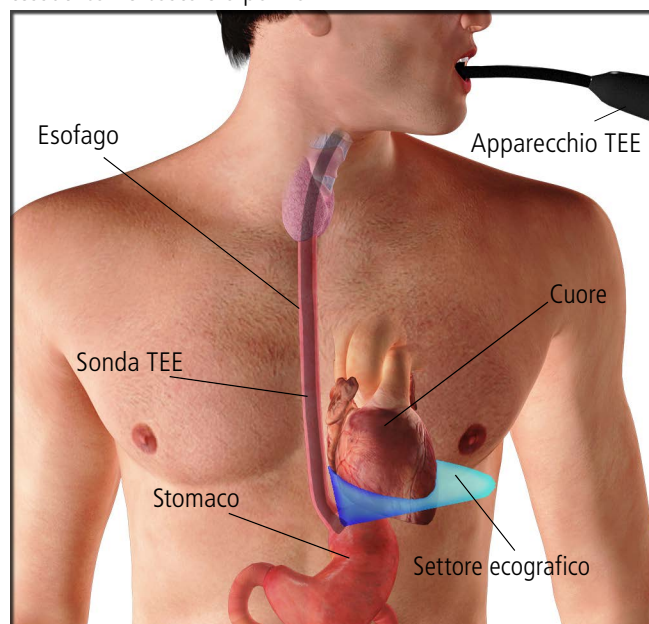
Con le seguenti spiegazioni vogliamo informare Lei e i Suoi familiari sullo svolgimento della visita, sui possibili inconvenienti, come pure sulle regole di comportamento prima e dopo l'intervento. Questo formulario Le serve come preparazione al colloquio informativo con il Suo medico. Nel colloquio Le verranno illustrati vantaggi e svantaggi dell'intervento pianificato riguardo a metodi alternativi, i Suoi rischi specifici e le possibili complicazioni. Per favore legga attentamente le seguenti informazioni e compili accuratamente il formulario. Naturalmente i Suoi dati verranno trattati con discrezione.

Il medico risponderà nel colloquio a tutte le Sue domande, per eliminare paure e dubbi. Alla fine Lei potrà dare l'autorizzazione all'intervento proposto oppure rifiutarlo. Il Suo medico Le consegnerà dopo il colloquio una copia del formulario compilato e firmato.

VANTAGGI DELLA VISITA

VORTEIL DER UNTERSUCHUNG

L'ecocardiografia transesofagea (TEE) è un procedimento diagnostico particolarmente preciso per la diagnostica del cuore, dato che la visita si svolge tramite l'esofago, che è situato direttamente dietro al cuore. In tal modo l'immagine dell'ecografia non viene disturbata, come nelle immagini prese dal torace, dagli strati di tessuti come costole o polmoni.



Con il TEE si individuano modificazioni alle valvole cardiache, difetti congeniti, infiammazioni del muscolo cardiaco, coaguli sanguigni per es. nell'atrio cardiaco, ma anche modifiche all'aorta

principale. Inoltre si può testare se una valvola artificiale funziona senza problemi.

SVOLGIMENTO DELLA VISITA ABLAUF DER UNTERSUCHUNG

La visita si svolge sdraiati. Di solito la gola viene anestetizzata con uno spray. Se necessario si può anche somministrare un calmante.

Con procedimento simile ad una gastroscopia, una sorta di tubo con un sonda ad ultrasuoni viene inserito attraverso la bocca nell'esofago fino a poco prima dello stomaco. Da lì, il cuore e i grandi vasi sanguigni, così come il flusso sanguigno, possono essere valutati molto bene con l'aiuto di ultrasuoni. In alcuni casi, viene somministrato un mezzo di contrasto aggiuntivo tramite una vena. Non appena l'esame è completato, il tubo viene rimosso.

PROCEDIMENTI ALTERNATIVI ALTERNATIV-VERFAHREN

Un esame ad ultrasuoni del cuore dal torace è spesso sufficiente. Tale esame non comporta rischi e può essere effettuato in qualsiasi momento senza ulteriori problemi. Per alcuni quesiti o in caso di determinate diagnosi precedenti però una valutazione più accurata del cuore e delle sue funzioni è possibile solo attraverso il TEE. Come alternativa possono essere eseguiti anche esami radiografici come il cateterismo cardiaco o una tomografia computerizzata (CT), ma anche una risonanza magnetica (MRI). Queste procedure hanno però i propri vantaggi e svantaggi o rischi.

INFORMAZIONI PRE- E POST-INTERVENTO

HINWEISE ZUR VORBEREITUNG UND NACHSORGE

Si attenga per favore scrupolosamente alle istruzioni del medico e del personale di assistenza. Se non Le è stato prescritto diversamente, per favore segua le seguenti istruzioni di comportamento:

Preparazione:

Prima della visita non può mangiare e bere per almeno 6 ore.

Assistenza post-intervento:

Se Lei ha ricevuto un'anestesia locale della gola, non potrà mangiare e bere niente per le due ore successive all'intervento, poiché sussiste pericolo di soffocamento.

Dopo **l'intervento ambulatoriale** e se Le è stato somministrato un antidolorifico o un calmante, deve essere preso da una persona adulta. In nessun caso può prender parte attiva al traffico stradale **nelle 24 ore dopo l'intervento** (neanche come pedone) né esercitare altre attività pericolose. Inoltre in tale lasso di tempo non dovrà prendere decisioni personali o economiche importanti.

Per piacere informi subito il Suo medico o si rechi in clinica, se sopraggiungono dopo la visita dolori, insufficienza respiratoria, febbre, nausea o vomita sangue. Tali sintomi possono comparire anche giorni dopo l'intervento.

RISCHI, POSSIBILI COMPLICAZIONI ED EFFETTI COLLATERALI RISIKEN, MÖGLICHE KOMPLIKATIONEN UND NEBENWIRKUNGEN

È noto in generale che **qualsiasi intervento medico comporta certi rischi**, che possono in parte rendere necessari ulteriori trattamenti o operazioni, e che in alcuni casi anche nel decorso seguente possono essere **pericolosi per la vita**. La frequenza di effetti collaterali e complicazioni dipende da diversi fattori quali ad esempio età, costituzione, malattie preesistenti e abitudini di vita. La preghiamo di comprendere che noi per motivi legali La dobbiamo informare su tutti i rischi specifici dell'intervento, anche se essi possono verificarsi in parte o solo in casi eccezionali. Il Suo medico nel colloquio Le illustrerà i Suoi rischi individuali. Ma Lei può anche rifiutare una spiegazione accurata. Allora salti questa parte con i rischi e confermi per favore alla fine del formulario la spiegazione.

Lesioni all'esofago, alla laringe o alla trachea di solito si verificano solo se sono già presenti disturbi della deglutizione, restringimenti, vene varicose o rigonfiamenti dell'esofago. I **sanguinamenti, raucedine, o i problemi di deglutizione** così causati, di solito scompaiono da soli. Una **perforazione**

dell'esofago è estremamente rara e deve essere trattata chirurgicamente, se necessario.

Infezioni con necrosi del tessuto o formazione di cicatrici sono rare. Esse si manifestano con gonfiori, arrossamenti, dolori e febbre. Nella maggior parte dei casi tali infezioni sono curabili molto bene con antibiotici. Raramente può sopravvenire la trasmissione di germi nel circolo venoso e provocare un pericoloso **avvelenamento del sangue** (sepsi) fino all'infezione del tessuto interno del cuore (endocardite).

Danni alla pelle, alle mucose, ai nervi (per esempio a causa dell'iniezione, o nonostante corretta posizione) sono rari. Disturbi alle sensazioni, senso di torpore, paralisi o dolori ne possono essere le conseguenze, per lo più solo temporanee. Molto raramente permangono disturbi anche duraturi o cicatrici.

Reazioni allergiche (reazioni di intolleranza) ad esempio agli anestetici, ai tranquillanti, ai mezzi di contrasto o ad altri medicinali, possono manifestarsi con arrossamento cutaneo, prurito, gonfiori, ma anche nausea e tosse. Reazioni gravi come insufficienza respiratoria, crampi, tachicardia o shock circolatorio sono rare. A causa della scarsa circolazione sanguigna nonostante cure mediche intensive possono sopravvenire danni temporanei oppure anche permanenti a organi quali il cervello, paresi, collasso renale.

Con l'estrazione dell'endoscopio può essere trasportato **muco** verso l'alto dall'esofago e venire **inalato nella trachea**. Nella maggior parte dei casi è sufficiente rimuovere l'endoscopio in modo che il muco possa essere espulso con la tosse.

Occasionalmente, soprattutto a causa del nervosismo, si verificano **aritmie cardiache**. Queste possono, se necessario, essere ben trattate con farmaci.

Disturbi della respirazione o della circolazione, ad esempio a causa dei tranquillanti somministrati, possono essere curati con la somministrazione di ossigeno o di farmaci. Raramente è necessario praticare la respirazione artificiale.

Danni ai denti sono possibili. Se i denti sono allentati può sopravvenire la perdita di uno o più denti.

Domande importanti per intervento ambulatoriale

Wichtige Fragen für ambulante Eingriffe

Chi può riaccompagnarLa a casa dopo la Sua dimissione dalla clinica/ambulatorio?

Wer wird Sie abholen, sobald Sie aus Klinik/Praxis entlassen werden?

Nome ed età dell'accompagnatore: [Name und Alter des Abholers]

A quale indirizzo Lei sarà raggiungibile nelle 24 ore successive all'intervento?

Wo sind Sie in den nächsten 24 Stunden nach dem Eingriff erreichbar?

Via, numero civico [Straße, Hausnummer] località [PLZ, Ort]

Numero telefonico [Telefonnummer]

Nome ed età della persona di sorveglianza [Name und Alter der Aufsichtsperson]

Chi è il suo medico di riferimento/medico di famiglia/il medico curante?

Wer ist Ihr überweisender Arzt / Hausarzt / weiter betreuender Arzt?

Nome [Name]

Via, numero civico [Straße, Hausnummer]

località [PLZ, Ort]

Numero telefonico [Telefonnummer]



Domande relative alla Sua storia clinica (anamnesi) Fragen zu Ihrer Krankengeschichte (Anamnese)

La preghiamo di rispondere accuratamente alle domande seguenti prima del colloquio informativo. Sulla base delle Sue informazioni il medico sarà in grado di valutare meglio il danno relativo all'intervento nel Suo caso specifico, chiarirLe le possibili complicazioni e le misure necessarie da adottare, al fine di evitare, laddove possibile, complicazioni ed effetti collaterali. **si=ja no=nein**

Necessita regolarmente di un mezzo anticoagulante oppure ha assunto o si è iniettato/a tale farmaco nell'ultimo periodo (fino a 8 giorni fa)? si no

- Aspirin® (ASS), Clopidogrel, Eliquis®, Eparina, Marcoumar®, Plavix®, Pradaxa®, Ticlopidin, Xarelto®.

Angaben zur Medikamenteneinnahme: Benötigen Sie regelmäßig blutgerinnungshemmende Mittel oder haben Sie in der letzten Zeit (bis vor 8 Tagen) welche eingenommen bzw. gespritzt? Aspirin® (ASS), Clopidogrel, Eliquis®, Heparin, Marcoumar®, Plavix®, Pradaxa®, Ticlopidin, Xarelto®.

Altro: _____
Sonstiges: _____

Quando è stata l'ultima assunzione? _____
Wann war die letzte Einnahme?

Assume altri medicinali? si no

Nehmen Sie andere Medikamente ein?

Se sì, La preghiamo di elencarli: _____
Wenn ja, bitte auflisten:

(Anche farmaci senza ricetta, medicinali naturali o fitofarmaci, vitamine ecc.)
(Auch rezeptfreie Medikamente, natürliche oder pflanzliche Heilmittel, Vitamine, etc.)

Le è stata già praticata una gastroscopia? si no

Wurde bei Ihnen schon einmal eine **Magenspiegelung** durchgeführt?

Sono insorte complicanze? si no

Ergaben sich dabei Komplikationen?

Se sì, quali? _____
Wenn ja, welche?

Ha mai avuto o riscontrato i sintomi delle seguenti patologie fino ad ora? Liegen oder lagen nachstehende Erkrankungen vor:

Disfunzioni esofagee? si no

- Disturbi di deglutizione, Vene varicose dell'esofago, Aneurismi dell'esofago.

Erkrankungen der Speiseröhre? Schluckbeschwerden, Krampfadern der Speiseröhre, Aussackungen der Speiseröhre.

Altro: _____
Sonstiges: _____

Malattie dello stomaco/intestino? si no

- Stenosi dell'apparato digerente, Ulcera peptica, pirosi.

Magen-Darm-Erkrankungen? Engstelle im Verdauungstrakt, Magengeschwür, Sodbrennen.

Altro: _____
Sonstiges: _____

Patologie ematiche/disturbi di coagulazione del sangue? si no

Tendenza a pressione sanguigna elevata (ad esempio frequente sangue dal naso, perdite di sangue dal naso postoperative, in caso di piccole ferite o di trattamenti dentistici, mestruazioni abbondanti o prolungate), tendenza al travaso di sangue (frequenti macchie di colore blu anche senza cause particolari).

Bluterkrankung/Blutgerinnungsstörung? Erhöhte Blutungsneigung (z.B. häufiges Nasenbluten, verstärkte Nachblutung nach Operationen, bei kleinen Verletzungen oder Zahnarztbehandlung, verstärkte oder verlängerte Regelblutung), Neigung zu Blutergüssen (häufig blaue Flecken auch ohne besonderen Anlass).

Allergia/ipersensibilità? si no

Farmaci, alimenti, mezzi di contrasto, iodio, cerotti, lattice (per es. guanti in gomma, palloncini), pollini (erbe, alberi), anestetici, metalli (per es. prurito da montatura metallica degli occhiali, da bigiotteria o da borchie a rivetto dei pantaloni).

Allergie/Überempfindlichkeit? Medikamente, Lebensmittel, Kontrastmittel, Jod, Pflaster, Latex (z.B. Gummihandschuhe, Luftballon), Pollen (Gräser, Bäume), Betäubungsmittel, Metalle (z.B. Juckreiz durch Metallbrillengestell, Modeschmuck oder Hosennieten).

Altro: _____
Sonstiges: _____

Patologie cardiache/circolatorie/dei vasi sanguigni? si no

operazioni al cuore (event. con inserimento di una valvola cardiaca artificiale, pacemaker, defibrillatore), pressione sanguigna elevata.

Herz-/Kreislauf-/Gefäß-Erkrankungen? Herzoperation (ggf. mit Einsatz einer künstlichen Herzklappe, Herzschrittmacher, Defibrillator), hoher Blutdruck.

Altro: _____
Sonstiges: _____

Patologia delle vie respiratorie/polmonare? si no

Asma, bronchite cronica, infiammazione polmonare, enfisema polmonare, apnea da sonno (russare forte), paralisi del diaframma/corde vocali.

Erkrankung der Atemwege/Lungen? Asthma, chronische Bronchitis, Lungenentzündung, Lungenemphysem, Schlafapnoe (starkes Schnarchen), Stimmband-Zwerchfelllähmung.

Altro: _____
Sonstiges: _____

Malattie metaboliche? si no

Diabete (malattia degli zuccheri), Gotta, intolleranza al fruttosio.

Stoffwechsel-Erkrankungen? Diabetes (Zuckerkrankheit), Gicht, Fruchtzuckerunverträglichkeit.

Altro: _____
Sonstiges: _____

Malattie epatiche? si no

Itterizia, cirrosi epatica.

Lebererkrankungen? Gelbsucht, Leberzirrhose.

Altro: _____
Sonstiges: _____

Malattie da infezione? si no

Epatite, tubercolosi, HIV.

Infektionskrankheiten? Hepatitis, Tuberkulose, HIV.

Altro: _____
Sonstiges: _____

Documentazione medica per il colloquio informativo

Ärztl. Dokumentation zum Aufklärungsgespräch

Da compilare a cura del medico Wird vom Arzt ausgefüllt

Über folgende Themen (z. B. mögliche Komplikationen, die sich aus den spezifischen Risiken beim Patienten ergeben können, nähere Informationen zu den Alternativ-Methoden, mögliche Konsequenzen, wenn der Eingriff verschoben oder abgelehnt wird) habe ich den Patienten im Gespräch näher aufgeklärt:

Capacità ad autorizzazione autonoma:**Fähigkeit der eigenständigen Einwilligung:**

- Il/la paziente possiede la facoltà di **decisione autonoma** sulla procedura consigliata, e di dare la sua autorizzazione alla procedura. Der/Die Patient/in besitzt die Fähigkeit, eine **eigenständige Entscheidung** über die empfohlene Maßnahme zu treffen und seine/ihre Einwilligung in die Maßnahme zu erteilen.
- La/il paziente viene rappresentato da un **assistente** con documento ufficiale che comprenda la cura della sua salute, oppure da una persona di fiducia con una delega di responsabilità. Costui è in grado di prendere una decisione in nome del paziente. Die Patientin/Der Patient wird von einem **Betreuer** mit einem die Gesundheitsorge umfassenden Betreuerausweis oder einer Vertrauensperson mit einer Vorsorgevollmacht vertreten. Dieser ist in der Lage, eine Entscheidung im Sinne des Patienten zu treffen.

Sono presenti documento dell'assistente delega generale testamento biologico del paziente. Betreuerausweis Vorsorgevollmacht Patientenverfügung liegt vor.

Luogo, data, ora [Ort, Datum, Uhrzeit]

Firma del medico [Unterschrift Ärztin/des Arztes]

Rifiuto Ablehnung

La dottoressa/Il dottore _____ mi ha esaurientemente illustrato sulla procedura imminente e sugli svantaggi conseguenti al mio rifiuto. Ho compreso la spiegazione inerente, e rifiuto la procedura propostami.

Der Arzt/Die Ärztin ___ hat mich umfassend über die geplante Maßnahme und über die sich aus meiner Ablehnung ergebenden Nachteile aufgeklärt. Ich habe die diesbezügliche Aufklärung verstanden. Hiermit lehne ich die mir vorgeschlagene Maßnahme ab.

Luogo, data, ora [Ort, Datum, Uhrzeit]

Rifiuto del paziente/dell'assistente/evtl. del testimone
[Ablehnung der Patientin / des Patienten / Betreuer / ggf. des Zeugen]

SPIEGAZIONE E AUTORIZZAZIONE

Erklärung und Einwilligung

Per favore metta una crocetta sulla casella corrispondente e confermi alla fine con la Sua firma la Sua dichiarazione: Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Kästchen an und bestätigen Sie Ihre Erklärung anschließend mit Ihrer Unterschrift:

- Confermo con la presente di aver compreso tutte le parti relative alle spiegazioni per il paziente.** Ho letto interamente questo formulario (di 4 pagine). Nel colloquio illustrativo con la dottoressa/il dottore _____, sono stato esaurientemente informato sul procedimento della pianificata procedura, su rischi, complicazioni ed effetti collaterali nel mio caso specifico e su vantaggi e svantaggi dei metodi alternativi. **Ich bestätige hiermit, dass ich alle Bestandteile der Patientenaufklärung verstanden habe.** Diesen Aufklärungsbogen (4 Seiten) habe ich vollständig gelesen. Im Aufklärungsgespräch mit der Ärztin/dem Arzt ___ wurde ich über den Ablauf der geplanten Maßnahme, deren Risiken, Komplikationen und Nebenwirkungen in meinem speziellen Fall und über die Vor- und Nachteile der Alternativmethoden umfassend informiert.
- Rinuncio consapevolmente ad una spiegazione accurata.** Confermo con la presente che sono stato informato dalla dottoressa/dal dottore _____ sulla necessità della procedure, sul procedimento e sull'entità di esso, come pure dei rischi comportati sulla procedura, e sulle alternative possibili. **Ich verzichte bewusst auf eine ausführliche Aufklärung.** Ich bestätige hiermit allerdings, dass ich von dem behandelnden Arzt ___ über die Erforderlichkeit der Maßnahme, deren Art und Umfang sowie über den Umstand, dass die Maßnahme Risiken birgt, sowie über mögliche Alternativen informiert wurde.

Io assicuro di non avere altre domande e di non avere bisogno di tempo di riflessione. Autorizzo la procedura proposta. Acconsento altresì a tutte le misure accessorie e conseguenti necessarie. Ho risposto completamente e nel modo migliore possibile alle domande sul decorso della mia malattia (anamnesi). **Ich versichere, dass ich keine weiteren Fragen habe und keine zusätzliche Bedenkzeit benötige. Ich stimme der vorgeschlagenen Maßnahme zu.** Ich willige ebenfalls in alle notwendigen Neben- und Folgemaßnahmen ein. Die Fragen zu meiner Krankengeschichte (Anamnese) habe ich nach bestem Wissen vollständig beantwortet.

La mia autorizzazione si estende anche alle modifiche necessarie o ad ampliamenti del procedimento di cura. Meine Einwilligung bezieht sich auch auf die erforderlichen Änderungen oder Erweiterungen des Verfahrens.

Garantisco di trovarmi nella condizione per seguire le istruzioni comportamentali fornitemi dal medico. Ich versichere, dass ich in der Lage bin, die ärztlichen Verhaltenshinweise zu befolgen.

In caso di contratto con prestazioni extra o private (cosiddetto trattamento con il medico primario) la mia autorizzazione comprende anche l'esecuzione di trattamenti contenuti nel contratto privato, con sostituti rappresentanti del medico prescelto. Im Falle einer Wahlleistungsvereinbarung (sog. Chefarztbehandlung) erstreckt sich die Einwilligung auch auf die Durchführung der Maßnahmen durch die in der Wahlleistungsvereinbarung benannten ständigen ärztlichen Vertreter des Wahlarztes.

- Autorizzo l'invio della mia copia di questa scheda di orientamento al seguente indirizzo email: Ich bin damit einverstanden, dass meine Kopie dieses Aufklärungsbogens an folgende E-Mail-Adresse gesendet wird:

Indirizzo email [E-Mail-Adresse]

Luogo, data, orario [Ort, Datum, Uhrzeit]

Firma della paziente / del paziente / dell'assistente [Unterschrift der Patient/in / Betreuer]

Copia/Kopie:

 ricevuta/erhalten rifiutata/verzichtet

Firma: Ricevere la copia/rinunciare alla copia
Kopieerhalt-/verzicht