

## **MODELLO INFORMATIVO**

Informazioni relative all'esame diagnostico

### **HEAD-UP TILT TEST**

Io sottoscritto/a..... nato/a..... il.....  
dichiaro di essere stato/a informato/a in data..... dal dr.....

DI ESSERE AFFETTO DALLA SEGUENTE PATOLOGIA:

Sincopi di natura da determinare

e che per LA VALUTAZIONE DELLA STESSA è indicato l'esame diagnostico:

### **HEAD-UP TILT TEST**

#### **FINALITÀ DELL'INTERVENTO**

Il tilting test, o head-up tilt test (HUT) è un esame che consente in un'elevata percentuale di casi di comprendere la causa ed il meccanismo della sincope (svenimento). La prolungata stazione eretta in pazienti predisposti può indurre delle modificazioni del tono neurovegetativo (aumento del tono "vagale") e come effetto finale un calo della pressione arteriosa e/o della frequenza cardiaca, con conseguente riduzione del flusso di sangue al cervello e perdita transitoria della coscienza. Il ripristino della posizione supina permette un rapido ritorno alla normalità della pressione arteriosa e frequenza cardiaca con conseguente regressione della sintomatologia.

Con il tilting test si può riprodurre in ambiente protetto e sotto monitoraggio continuo della pressione arteriosa e della frequenza cardiaca, un eventuale episodio sincopale e quindi intervenire con terapie mirate, per esempio farmacologiche, impianto di pacemaker o comunque evitare ulteriori indagini diagnostiche più complesse.

#### **DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO**

L'esame viene effettuato da un infermiere con la presenza o la pronta disponibilità di un medico. Il paziente deve essere a digiuno da almeno 8 ore e viene posizionato su un apposito lettino a 60° di inclinazione. Delle cinture assicurano il paziente al lettino. L'infermiera durante l'esame esegue

misurazioni della pressione arteriosa mentre il medico monitorizza il ritmo cardiaco e la presenza di eventuali sintomi. Trascorsi 20 minuti, durante i quali vengono monitorate costantemente la pressione arteriosa e la frequenza cardiaca, in assenza di sintomatologia significativa viene somministrata una cp sublinguale di nitroglicerina per altri 20 minuti prima di considerare negativo il test (durata totale 40 minuti).

Il paziente deve continuamente riferire al medico o all'infermiera la presenza di qualsiasi disturbo o sintomo.

Il test viene interrotto nei seguenti casi:

- completamento del protocollo in assenza di sintomi (test negativo);
- comparsa di sincope;
- progressivo abbassamento della pressione arteriosa per più di 5 minuti associato a qualunque disturbo, pur in assenza di sincope;

In caso di sincope e/o severo abbassamento della pressione arteriosa e/o severa riduzione della frequenza cardiaca, l'esame viene interrotto posizionando il paziente supino ed eventualmente somministrando liquidi e/o atropina.

### **LE POSSIBILI COMPLICANZE**

L'esame non comporta rischi significativi; tuttavia per una miglior gestione di eventuali disturbi successivi all'abbassamento della pressione arteriosa e/o frequenza cardiaca (cefalea, vertigini, nausea, vomito,..), l'infermiera prepara il paziente con una fleboclisi per poter eventualmente somministrare farmaci (atropina) o liquidi in caso di necessità.

### **LE ALTERNATIVE**

Mi è stato spiegato che NON ESISTONO RAGIONEVOLI ALTERNATIVE all'esecuzione di Head-Up Tilt Test per monitorare il comportamento pressorio ed ECG durante stimolazione del tono neurovegetativo.

### **GLI ESITI PREVEDIBILI DEL MANCATO TRATTAMENTO**

Mi è stato spiegato che nel caso decida di NON praticare l'intervento potrebbe non essere possibile determinare la causa della mia sintomatologia (sincope).

L'INTERVENTO VERRA' ESEGUITO DA UNO DEI SEGUENTI MEDICI (elenco dei medici della struttura abilitati ad eseguire la procedura):

.....  
.....

**Mi è stata data l'opportunità di fare domande e ritengo che le informazioni che precedono e gli eventuali ulteriori chiarimenti richiesti siano stati esaurienti.**



**Firma del paziente\***.....Data.....

**DA FIRMARE CONGIUNTAMENTE IN CASO DI PAZIENTE MINORENNE**

Nome e firma del padre

Nome e firma della madre

..... (data.....)

.....(data.....)

NB: in caso sia presente solo un genitore occorre allegare il previsto modello di autocertificazione (allegato).

**IN CASO DI PAZIENTE INTERDETTO**

Dati del legale rappresentante (in caso di soggetto privo in tutto o in parte di autonomia decisionale):

Nome Cognome.....Firma.....Data.....

NB: va allegata la documentazione che indica i poteri del legale rappresentante

**INFORMAZIONE DATA AL PAZIENTE TRAMITE INTERPRETE E TESTIMONI**

Nome e Cognome dell'interprete (stampatello).....

Firma dell'interprete .....documento.....Data.....

Nome e cognome del testimone (stampatello).....

Firma del testimone.....documento.....Data.....

CONSENSO RELATIVO ALL'ESECUZIONE DI  
**HEAD-UP TILT TEST**

Io sottoscritto/a..... dichiaro:

- di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente sull'atto sanitario proposto, attraverso:
  - l' informativa fornita;
  - il colloquio con un medico;
- di essere a conoscenza della possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'intervento;
- di (barrare la scelta)  **ACCETTARE** /  **NON ACCETTARE** liberamente, spontaneamente e in piena coscienza, l'atto sanitario proposto.

Osservazioni:.....

**Valutazione tecnica sul grado di attenzione, lucidità, autonomia e capacità relazionali dimostrati dal paziente** nel corso dell'informazione e al momento del consenso.

.....

Timbro e Firma del medico.....

**Firma del paziente\*** .....Data.....

**DA FIRMARE CONGIUNTAMENTE IN CASO DI PAZIENTE MINORENNE**

Nome e firma del padre

Nome e firma della madre

..... (data.....)

.....(data.....)

NB: in caso sia presente solo un genitore occorre allegare il previsto modello di autocertificazione (allegato).



Associazione Italiana Aritmologia e Cardioritmo

### **IN CASO DI PAZIENTE INTERDETTO**

Dati del legale rappresentante (in caso di soggetto privo in tutto o in parte di autonomia decisionale):

Nome Cognome.....Firma.....Data.....

NB: va allegata la documentazione che indica i poteri del legale rappresentante

### **INFORMAZIONE DATA AL PAZIENTE TRAMITE INTERPRETE E TESTIMONI**

Nome e Cognome dell'interprete (stampatello).....

Firma dell'interprete .....documento.....Data.....

Nome e cognome del testimone (stampatello).....

Firma del testimone.....documento.....Data.....



Associazione Italiana Aritmologia e Cardiostimolazione