


Sistema Socio Sanitario  <b>Regione Lombardia</b> <b>ASST Nord Milano</b>	<b>FOGLIO INFORMATIVO</b>  REVISIONE DI TASCA	Rev. 0	Pag. 1 di 2
		CUC-FI-025	

Gent.le Sig/Sig.ra,

Le forniamo di seguito alcune informazioni inerenti la procedura alla quale sarà sottoposto/a per aiutarla a comprendere meglio le modalità di esecuzione, i vantaggi, le conseguenze, gli eventuali rischi e ogni altra indicazione utile a consentirle una appropriata valutazione ed una migliore adesione.

I disturbi da Lei accusati e/o l'esito degli esami eseguiti sino ad ora hanno fatto porre l'indicazione ad una **REVISIONE DI TASCA**

## **CHE COS'E' LA TASCA**

Il dispositivo (pacemaker o defibrillatore) di cui Lei è portatore è stato precedentemente collocato in uno spazio sottocutaneo chiamato tasca, che è andata incontro ad una delle possibili complicanze descritte negli impianti di pacemaker o defibrillatore..

## **MODALITA' DI ESECUZIONE DI REVISIONE DI TASCA**

La revisione verrà effettuata in ambiente idoneamente attrezzato, con apparecchiature e personale medico ed infermieristico preparato a far fronte a qualsiasi urgenza ed emergenza clinica, inoltre il ritmo cardiaco e la pressione arteriosa saranno tenuti costantemente sotto controllo.

Se necessario verranno somministrati farmaci o verrà posizionato un pacemaker temporaneo allo scopo di mantenere il ritmo cardiaco.

Previa anestesia locale, sopra alla tasca dove si trova alloggiato il pacemaker/defibrillatore, verrà praticata un'incisione e si procederà ad un'accurato "curettage" (pulizia) della tasca e dei tessuti circostanti, per procedere poi con un ampliamento della tasca. Qualora le condizioni dei tessuti non permettano un corretto utilizzo della tasca, sarà necessario rimuovere lo stimolatore abbandonando o rimuovendo, se possibile, gli elettrocatereteri, per poi effettuare un nuovo impianto dall'altro lato del torace.

La chiusura della ferita avverrà con l'utilizzo di punti di sutura che dovranno poi essere rimossi, ed è possibile che sia necessario anche posizionare un tubo di drenaggio per qualche giorno.


## **RISCHI E COMPLICANZE DI REVISIONE DI TASCA**

La procedura che Le proponiamo appare opportuna per soddisfare al meglio le esigenze terapeutiche del Suo caso. I benefici che Lei può trarne appaiono, a nostra opinione, superiori rispetto ai rischi comunque connessi alla procedura in questione.

La procedura che Le proponiamo appare opportuna per soddisfare al meglio le esigenze diagnostiche del Suo caso. I benefici che Lei può trarne appaiono, a nostra opinione, superiori rispetto ai rischi comunque connessi alla procedura in questione.

Anche se prescritta e condotta secondo arte e secondo le più moderne conoscenze terapeutiche, la revisione della tasca può comportare alcuni rischi, che possono così essere riassunti:

- **Ematoma superficiale:** si tratta di una raccolta di sangue nella tasca che viene trattata con una medicazione compressiva (che "schiaccia") previa l'aspirazione del sangue o no, tramite una puntura.
- **Infezione (<1%):** è una complicanza che richiede terapia antibiotica endovenosa e spesso anche la rimozione del registratore.

Sistema Socio Sanitario  <b>Regione Lombardia</b> <b>ASST Nord Milano</b>	<b>FOGLIO INFORMATIVO</b>  REVISIONE DI TASCA	Rev. 0	Pag. 2 di 2
		CUC-FI-025	

- Erosione della tasca (1%): il registratore può “consumare” la cute dall’interno assottigliandola sempre più; è necessario intervenire per formare una nuova tasca, altrimenti si forma un “buco” ed il registratore esce sulla pelle con conseguente infezione.

## RACCOMANDAZIONI

Attenersi alle indicazioni che Le verranno impartite dai medici ed infermieri durante il ricovero

Lei è stata/o informata/o del Suo stato di salute, della procedura che Le proponiamo, dei rischi connessi e degli altri aspetti, allo scopo di renderLa pienamente consapevole del Suo stato di salute ed affinché Lei possa condividere le scelte ed in piena coscienza, affidarsi alle cure ed al trattamento proposto, nel rispetto della Sua libertà e volontà. Per questo stesso ordine di motivi, Lei è libera/o, in qualsiasi momento, prima che venga praticata la procedura, di ritirare il Suo consenso al trattamento sanitario in questione. Qualora dovesse non dare il Suo consenso, o successivamente revocarlo, è sottinteso che Le saranno praticate le migliori cure possibili, compatibilmente con il mancato ottenimento dei possibili risultati che la procedura in oggetto si propone di far conseguire.

Note aggiuntive:

---



---



---

Nome e Cognome del paziente \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_

Data/ora di consegna \_\_\_\_\_ consegnato da \_\_\_\_\_

Firma per ricevuta \_\_\_\_\_

Firma per ricevuta \_\_\_\_\_