

| | | | |
|---|---|------------|--------|
| Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Nord Milano | FOGLIO INFORMATIVO USO NAO IN PREPARAZIONE ALLA CARDIOVERSIONE ELETTRICA | Rev. 0 | Pag. 1 |
| | | CUC-FI-028 | |

Gentile Sig.
 (cognome e nome del Paziente)

il presente foglio ha lo scopo di informarla riguardo ad un aspetto importante della terapia anticoagulante che Lei sta assumendo in preparazione alla cardioversione elettrica esterna

Il suo cuore attualmente batte troppo velocemente e/o in modo irregolare, è cioè in fibrillazione atriale (oppure Flutter Atriale o Tachisistolia Atriale). Poiché tale aritmia è di detrimento al normale svolgimento della funzioni cardiocircolatorie è opportuno tentare di rimettere il cuore nel ritmo regolare (ritmo sinusale).

Durante la fibrillazione atriale il flusso del sangue nelle cavità cardiache avviene in modo anomalo e ciò può favorire la formazione negli atri di trombi (“grumi “ di sangue) che possono frammentarsi e disseminarsi nei vasi arteriosi, causando delle embolie.

Nei casi in cui l’aritmia sia insorta da più di 48 ore la Cardioversione richiede una **idonea preparazione farmacologica con farmaci anticoagulanti** per almeno 3 settimane, allo scopo di minimizzare il rischio di embolie in corso di procedura . In casi particolari questo periodo può essere più lungo o più breve: in quest’ultimo caso viene in genere prescritta l’esecuzione di una ecografia Transesofagea per esaminare in dettaglio le cavità cardiache ed escludere la presenza di coaguli.

Il farmaco anticoagulante che le è stato prescritto (.....) appartiene ad una nuova categoria di sostanze che agiscono riducendo la coagulabilità del sangue ma non modificano nessuno dei parametri della coagulazione che noi possiamo verificare con un esame di laboratorio. Poiché l’interruzione della terapia, anche solo per un breve periodo, può aumentare il rischio di embolie Le chiediamo di informarci se nelle ultime 3 settimane le è capitato di non assumere la terapia con

Avendo chiaramente compreso la rilevanza della regolare assunzione di dichiaro sotto la mia responsabilità non aver mai interrotto tale trattamento nelle ultime 3 settimane.

RISCHI

Acquisizione degli elementi diagnostici che la procedura si propone di ottenere.

Note: _____

Nome e Cognome del paziente _____ nato il _____
 Data/ora di consegna _____ consegnato da _____
 Firma per ricevuta _____
 Firma per ricevuta _____