

## DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TEST DI BRONCOSTIMOLAZIONE ALLA METACOLINA

Il/la sottoscritto/a: .....

nato/a: ..... il: .....

SPAZIO PER EVENTUALE  
ETICHETTA  
IDENTIFICATIVA

dichiaro di essere stato/a informato/a in data ..... dal dr. ....

**DEL SOSPETTO DIAGNOSTICO DI ASMA BRONCHIALE E CHE PER LA DIAGNOSI DELLA STESSA E' INDICATO EFFETTUARE IL TEST DI BRONCOSTIMOLAZIONE ASPECIFICO ALLA METACOLINA.**

### DESCRIZIONE DELLA PATOLOGIA:

L'asma bronchiale è una malattia cronica infiammatoria delle vie aeree, caratterizzata da ostruzione bronchiale solitamente reversibile, dispnea accessionale, tosse e respiro sibilante. Una delle componenti fondamentali dell'asma è la presenza dell'iperreattività bronchiale, che può essere studiata e quantificata con il test di broncostimolazione.

Prima di sottopormi alla procedura ho avuto un colloquio con il Medico che mi ha illustrato gli scopi e le modalità di esecuzione della procedura e gli eventuali effetti collaterali.

Il test verrà eseguito dal seguente personale dedicato della Fisiopatologia Respiratoria:

.....

Il Medico cui potrà far riferimento è il Dott.: .....

### DESCRIZIONE DELLA PROCEDURA:

Il consiste nella inalazione di dosi crescenti di metacolina seguite, dopo ognisingola serie di inalazioni, da una spirometria. Viene considerato positivo, e quindi interrotto, quando si raggiunge una lieve ostruzione bronchiale (riduzione del 20% del valore iniziale del parametro guida - VEMS o valore espirato in un secondo) o dopo l'inalazione della dose massima prevista di metacolina. In caso di comparsa di ostruzione bronchiale viene somministrato un farmaco broncodilatatore (spray o aerosol) in modo da riportare nel giro di pochi minuti la funzione respiratoria ai livelli di partenza.

### I RISCHI PIÙ COMUNI E LE CONTROINDICAZIONI DI QUESTO INTERVENTO SONO:

Non esistono controindicazioni assolute alla esecuzione del test ma, per le seguenti situazioni, ne è sconsigliata la esecuzione:

- Recente infarto (< 3 mesi);
- Recente ischemia/emorragia cerebrale (<3 mesi)
- Aneurisma arterioso noto;
- Grave ipertensione arteriosa;
- Epilessia in trattamento farmacologico;
- Stato di gravidanza.

Raramente può verificarsi una ostruzione bronchiale di discreta entità o perdurante per più di qualche minuto. Entrambe le situazioni sono facilmente controllabili con la somministrazione di farmaci broncodilatatori

Il Personale Sanitario e gli ambienti dove si svolgono le procedure sono preparati al trattamento immediato di tutte le possibili complicanze.

**INDICAZIONI E/O VANTAGGI DELLA PROCEDURA:**

Il test alla metacolina viene effettuato nei casi di sospetta asma bronchiale, quando le prove di funzionalità respiratoria risultino nella norma

**GLI ESITI PREVEDIBILI DEL MANCATO TRATTAMENTO SONO:**

mancata diagnosi di asma bronchiale e quindi del corretto inquadramento diagnostico e terapeutico.

**MI È STATO SPIEGATO CHE LE ALTERNATIVE A QUESTA PROCEDURA SONO:**

**Monitoraggio del picco di flusso espiratorio:** meno attendibile e più indaginoso, in quanto la persona deve effettuare delle misurazioni di tale flusso per più settimane-mesi.

**AVVERTENZE SPECIALI:**

**STATO GRAVIDICO**

A causa dell'eventuale broncospasmo con possibile conseguente ipossia in alcuni soggetti predisposti, è necessario informare i medici di una eventuale gravidanza o possibile gravidanza in atto.

**Ho richiesto le seguenti ulteriori informazioni relative all'intervento e le sue possibili complicanze:**

- 1. **DOMANDA:** .....
- RISPOSTA:** .....
- 2. **DOMANDA:** .....
- RISPOSTA:** .....

Conscio della necessità, della finalità e dei rischi che questa procedura comporta e delle conseguenze di un eventuale rifiuto. Dichiaro altresì che le informazioni fornite sono state esaurienti e hanno chiarito tutti i miei dubbi in merito alla procedura.

- AUTORIZZO**                       **NON AUTORIZZO** di esservi sottoposto di mia volontà.
  
- AUTORIZZO**                       **NON AUTORIZZO** l'operatore all'esecuzione di eventuali procedure aggiuntive ritenute opportune dall'operatore durante l'intervento (es. emogas, ecografia, scopia con raggi X, radiografia del torace) nel solo interesse della mia salute e della migliore riuscita dell'intervento stesso.

**Ritengo le risposte chiare ed esaurienti.**

**Firma del paziente\*:** .....

**Firma del medico:** .....                                      **Data:** .....

**DA FIRMARE IN CASO DI PAZIENTE MINORENNE**

Nome e cognome del padre: .....                      Nome e cognome della madre: .....  
Firma del padre: .....                                      Firma della madre: .....  
Data: .....    Data: .....

**INFORMAZIONE DATA AL PAZIENTE TRAMITE INTERPRETE**

Nome e cognome dell'interprete (stampatello): .....  
Firma dell'interprete: .....                      Documento: .....                      Data: .....  
Nome e cognome del testimone (stampatello): .....  
Firma del testimone: .....                      Documento: .....                      Data: .....

\* la firma deve essere sempre apposta dal paziente, anche se minorenne