



Modulo di Unità Operativa	MU 301120 114 Rev. 0 del 10/11/2025 Pagina 1 di 2
DAI CARDIO-POLMONARE E VASCOLARE UOC di Cardiologia	
Informativo e Consenso ECOCARDIOGRAFIA BUBBLE TEST	

Gentile Sig.a/Sig. _____

Data di nascita _____

Attraverso questo modulo desideriamo fornire alcune informazioni sulla procedura che Le è stata proposta.

L'ecocardiografia Bubble test è un esame che utilizza gli ultrasuoni e usa una soluzione salina o di glucosata 5% agitata per generare microbolle di aria sterile intrappolate nella soluzione e somministrate per via endovenosa per visualizzare il cuore.

Il Bubble test, è un esame che individua la presenza di un passaggio anomalo di sangue (uno shunt) tra le camere cardiache destre e sinistre, principalmente per diagnosticare il Forame Ovale Pervio (FOP), ovvero l'eventuale presenza di questo "foro" che normalmente si chiude dopo la nascita.

Prima dell'esame il medico che eseguirà la procedura ne confermerà l'indicazione.

ESECUZIONE

- Il personale medico e infermieristico presente durante l'esame le spiegheranno la procedura.
- Sarà invitato/a a liberare il torace dagli indumenti e a stendersi sul lettino sul fianco sinistro.
- Le verrà incannulata una vena del braccio.
- Verranno somministrate alcune dosi della soluzione agitata secondo prescrizione medica.
- Contestualmente all'iniezione, si eseguirà la manovra di Valsalva (inspirare profondamente ed espirare con forza a bocca chiusa e naso tappato) per aumentare la pressione toracica.

La durata dell'esame sarà di circa 20-30 minuti.

DOPO L'ESAME

L'esame non comporta effetti collaterali maggiori e si potrà tornare alle proprie attività subito dopo l'esecuzione.

ESPRESSIONE DEL CONSENSO

Consapevole del diritto a ritirare il mio consenso in qualsiasi momento, **DICHIARO** di aver letto e capito questa informativa ed in seguito alle informazioni ricevute

☐ **ACCONSENTO** di sottopormi all'esame

☐ **NON ACCONSENTO** di sottopormi all'esame

Firma del Paziente _____

Firma del Rappresentante Legale
nel caso di Minori o Persona Incapace _____

Firma del Medico proponente _____

Firma del Medico esecutore _____

Data _____