



INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO SUL TEST DI PROVOCAZIONE BRONCHIALE CON METACOLINA

MODALITÀ DI ESECUZIONE DELLA MANOVRA

Il test di provocazione bronchiale con metacolina serve per misurare il grado di reattività delle vie aeree e di conseguenza provare o escludere così la presenza di asma bronchiale.

Il test prevede dapprima l'esecuzione della spirometria in condizioni di base. Se il volume espiratorio massimale nel 1° secondo (VEMS) è nei limiti della norma o prossimo ad essa con valori >70% del valore predetto, si procede successivamente con l'inalazione di dosi crescenti di metacolina, una sostanza capace di costringere i bronchi. Dopo ogni dose, viene rimisurata la spirometria. Il test viene interrotto quando il VEMS si riduce più del 20% del valore di base. A questo momento viene somministrato un broncodilatatore spray per permettere alle vie aeree di ritornare alla loro condizione di partenza e rimuovere la difficoltà respiratoria.

Nel soggetto sano la caduta del VEMS è modesta ed in genere non superiore al 20% del valore di base per una dose di metacolina inalata inferiore a 1000 mcg, mentre nel soggetto affetto da asma, la caduta è ben superiore al 20% del valore di base per dosi inferiori.

DISAGI, RISCHI E CONTROINDICAZIONI

Il test causa un modesto broncospasmo che si associa a lieve difficoltà respiratoria, tosse, senso di costrizione toracica o respiro sibilante. Tali sintomi durano pochi minuti e scompaiono con la somministrazione di broncodilatatore.

Il test non deve essere eseguito su donne in stato di gravidanza.

CHIARIMENTI

Informazioni e/o chiarimenti aggiuntivi possono essere ottenuti dal medico che esegue il test.

DATA

ORA

.....
FIRMA DEL PAZIENTE
(o dei genitori e/o del Rappresentante Legale)



**CONSENSO INFORMATO SUL TEST DI PROVOCAZIONE BRONCHIALE
CON METACOLINA**

Paziente/utente:

Nome e cognome:

Luogo e data di nascita:

Etichetta del paziente
(in caso di paziente ricoverato)

In caso di paziente minore:

Genitori

Nome e cognome del padre: Data di nascita

Nome e cognome della madre: Data di nascita

In caso di paziente con tutela:

Rappresentante Legale **Amministratore di sostegno** **Tutore/Curatore** (come da provvedimento del Giudice Tutelare allegato)

Nome e cognome: Data di nascita

In caso di presenza di interprete e/o testimone: NO SI

Nome e cognome: Data di nascita

Dopo aver ricevuto informazioni da parte del Dott./Dott.ssa,
che mi ha permesso di comprendere le condizioni cliniche ed il trattamento che è stato proposto, avendo
letto e compreso quanto sopra descritto, anche alla luce degli ulteriori chiarimenti richiesti, dichiaro di:

1. di aver ricevuto le informazioni necessarie per conoscere e comprendere le indicazioni, le finalità e le modalità di esecuzione del test alla metacolina per la diagnosi/esclusione di asma bronchiale;
2. di essere stato edotto delle eventuali alternative diagnostico-terapeutiche al test;
3. di essere stato informato del fatto che, in relazione alla procedura, si potranno verificare: difficoltà respiratoria, tosse, senso di costrizione toracica, respiro sibilante, che scompaiono quasi subito con l'inalazione di broncodilatatore;
4. che quanto sopra descritto mi è stato illustrato attraverso il colloquio col medico ed attraverso materiale informativo di cui ho preso visione;
5. di aver avuto modo di richiedere al medico ulteriori chiarimenti e precisazioni che mi sono state puntualmente fornite e di averle adeguatamente comprese;
6. di aver avuto tempo e modo di valutare quanto illustratomi ai fini del presente atto di consenso;
7. di conoscere la possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento.



**POLIAMBULATORIO
CDC IGEA SEDE DEZZA
Specialità: Pneumologia**

Pertanto dichiaro di:

ACCONSENTIRE

NON ACCONSENIRE

al trattamento Sanitario propositomi, liberamente, spontaneamente ed in piena coscienza.

Data _____

Ora _____

FIRMA DEL PAZIENTE

(o dei genitori e /o del rappresentante legale)

TIMBRO E FIRMA del MEDICO

Consenso ottenuto con l'ausilio di un interprete:

FIRMA INTERPRETE E/O TESTIMONE

REVOCA del CONSENSO

Il sottoscritto in data

Dichiaro di voler **REVOCARE** il consenso precedentemente fornito e di essere pertanto a conoscenza delle probabili conseguenze derivanti dal mio rifiuto.

Firma del paziente
(o dei genitori e/o del rappresentante legale)

Timbro e Firma del Medico

Il trattamento dei dati è conforme alle disposizioni contenute **ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 in materia di protezione dei dati personali** e D.lgs. 10/08/2018 n.101.

Mod.04/Poliamb-CdC Igea sede Dezza/Informativa e Consenso Informato sul test di provocazione bronchiale con Metacolina/Rev.0/Luglio2023