

## CONSENSO INFORMATO ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA

### INFORMAZIONI

Gentilissimo/a Signor/Signora .....

Questo documento ha lo scopo di informarla sul trattamento sanitario che le viene proposto e di acquisire così il suo consenso, dopo che Lei avrà ricevuto tutti gli elementi per poter decidere senza dubbi. Sono quindi importanti, a tale scopo, le informazioni che seguono.

#### **Che cosa è la Esofagogastrroduodenoscopia (EGDS)**

L'EGDS è una procedura che consente al medico che effettua l'esame di guardare direttamente all'interno del suo esofago, stomaco e duodeno, rilevando eventuali patologie. A tale scopo si utilizza una sonda, il gastroscopio, di diametro inferiore al centimetro, con una telecamera, che viene introdotta delicatamente attraverso la bocca, fino a raggiungere il duodeno.

#### **Come si svolge**

L'esame non procura dolore ma solo modesto fastidio all'introduzione dello strumento. Per tale motivo vi potrà essere somministrata una piccola dose di sedativo e un liquido per l'anestesia locale della gola. Prima dell'inizio dell'esame è opportuno segnalare al medico eventuali allergie a farmaci o trattamenti farmacologici in atto. Durante l'esame, la cui durata è solitamente breve, è importante mantenere un atteggiamento rilassato, respirando lentamente e profondamente; ciò vi aiuterà a controllare l'eventuale sensazione di vomito, e a tollerare meglio l'esame e consentirà al medico di portare a termine la procedura più rapidamente.

Potete assumere cibi e bevande (non caldi) dopo che sarà scomparso l'effetto di anestesia locale alla gola.

#### **Perché viene fatta**

Guardando attraverso il gastroscopio il medico ha una visione nitida e precisa dei vostri organi, e può individuare o escludere la presenza di malattie. È utile per definire le cause di sintomi generalmente legati a patologie dell'esofago, dello stomaco e del duodeno. Viene pertanto consigliata dal medico quando vi siano sintomi come dolore, nausea, vomito o difficoltà digestive, che persistono per lungo tempo. È inoltre utile per accertare la causa di sanguinamenti del tratto digestivo alto, o di alcune anemie (carenza di globuli rossi). L'EGDS fornisce informazioni più precise di quanto si possa avere con le radiografie dell'apparato digerente. La possibilità di effettuare biopsie (cioè il prelievo di piccoli frammenti di mucosa), quando il medico lo ritenga utile, migliora ulteriormente le capacità diagnostiche di questo esame. Le biopsie sono del tutto indolori e si effettuano per molti motivi (per esempio per la ricerca di un germe che spesso si associa all'ulcera ed alla gastrite) e non necessariamente solo quando vi è un sospetto di tumore.

#### **Quali sono le complicanze**

L'EGDS è una procedura sicura. Solo occasionalmente dopo l'esame vi può essere una irritazione o un gonfiore della vena del braccio, in cui è stato iniettato il sedativo, che si risolve spontaneamente o con l'aiuto di pomate antinfiammatorie nel giro di qualche giorno. Altri rischi potenziali derivano dall'uso di sedativi in pazienti anziani, o con gravi patologie respiratorie o cardiache. Solo eccezionalmente, dove sono state effettuate biopsie, vi può essere un sanguinamento, che quasi sempre si arresta spontaneamente. L'incidenza di complicanze più importanti come la perforazione, è molto bassa (inferiore a 1 caso su 10000), ed è spesso legata alla presenza di gravi patologie dell'esofago.

#### **Consigli per la preparazione all'esame**

L'EGDS richiede il digiuno da almeno 6-8 ore, pertanto, se l'esame viene effettuato al mattino, si raccomanda il digiuno dalla sera precedente, mentre, quando è programmato per il pomeriggio, è consentita una colazione leggera del mattino. Prima dell'esame è opportuno rimuovere protesi dentarie mobili. Nel caso si assumano abitualmente farmaci, questi vanno normalmente continuati anche il giorno dell'esame. Va però evitata l'assunzione di soluzioni (antiacidi, sucralfato) che possono rendere difficoltosa l'esecuzione dell'esame ostacolando la visione.

#### **Osservazione dopo l'esame**

Dopo l'esame, soprattutto se verrà condotto in sedazione cosciente, Lei rimarrà per **alcune ore** in osservazione nei locali dell'ambulatorio. Potrà allontanarsi solo dopo che il personale avrà giudicato che Lei è del tutto sveglio. Anche se la sedazione è blanda NON potrà guidare autoveicoli, né usare macchinari, né praticare attività che richiedano piena attenzione fino al giorno successivo all'esame. È inoltre pericoloso fare le scale, per cui Lei dovrà prendere preferibilmente l'ascensore.

Lei potrà richiedere ulteriori elucidazioni ai sanitari in qualsiasi momento e fino al momento dell'intervento stesso.

Anche il Suo medico di medicina generale può aiutarla a dissolvere eventuali dubbi e nel caso lo ritenesse utile può contattare i medici dell'UO.

Lei potrà revocare il suo consenso in ogni momento (salvo che l'atto non sia più arrestabile)

Casa di Cura Ambrosiana non possiede la Terapia Intensiva ed il Pronto Soccorso. In caso di necessità di rianimazione imprevista, potrebbe verificarsi il trasferimento presso altra struttura ospedaliera.

Durante l'intervento potrebbero essere effettuate riprese di immagini oppure foto macro/microscopiche relative al caso clinico, per documentazione e/o per fini scientifico/didattici, sempre nel rigoroso rispetto e salvaguardia dell'identità personale e della riservatezza del paziente.

Durante l'intervento potrebbe essere prelevato materiale (tessuti solidi, sangue ed altri liquidi biologici) a scopo di diagnosi, accertamento, ricerche o studi medico scientifici. Qualora durante l'esame strumentale il medico specialista avesse la necessità, per completezza diagnostica, di eseguire prelievi biotecnici o asportazione di polipi, si informa che la procedura comporterà un grado di complessità ulteriore (biopsia e/o polipectomia). Per ulteriori informazioni su procedura e tariffe rivolgersi agli sportelli.

**CONSENSO INFORMATO  
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA**

Io sottoscritto Operatore/Dottor .....

dichiaro di aver fornito le informazioni riguardanti l'intervento sanitario di ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA secondo le modalità descritte nella procedura aziendale e che nell'ambito del percorso informativo:

- E' stato consegnato materiale informativo
- E' stato richiesto l'ausilio di un Interprete/Mediatore Culturale

Data	Firma e timbro del sanitario

**PRESTAZIONE DEL CONSENSO**

Io sottoscritto/paziente Signor/Signora .....

**Dichiaro** di aver fornito all'operatore informazioni cliniche riguardanti la presenza di allergie note, assunzione di medicamenti, malattie significative in atto o pregresse.

**Dichiaro** di aver ricevuto esaustive informazioni e di aver ben compreso quanto spiegatomi, in merito alla mia situazione clinica e sul trattamento di ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA

propostomi dall'Operatore/Dott: .....

**Pertanto:**

- Dichiaro di acconsentire al trattamento/intervento proposto
- Dichiaro di non acconsentire al trattamento/intervento proposto
- Dichiaro di acconsentire alla sedazione cosciente
- Dichiaro di non acconsentire alla sedazione cosciente

Sedazione cosciente effettuata:  SI  NO

Da Inf.\_\_\_\_\_

**In caso di rappresentante legale:**

- Dichiaro inoltre, sotto mia responsabilità e consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritieri, richiamate dall'art. 76 DPR 445/2000, di essere **legale rappresentante** del Paziente sopra riportato, con la seguente qualifica:

Qualifica del legale rappresentante	Cognome e Nome <sup>1</sup>
<input type="checkbox"/> Genitore 1 e Genitore 2	
<input type="checkbox"/> Genitore unico <sup>2</sup>	
<input type="checkbox"/> Tutore <sup>3</sup>	
<input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno <sup>4</sup>	

<sup>1</sup> Trattenere fotocopia di documento di identità

<sup>2</sup> Far compilare il Mod. 1510 AUTOCERTIFICAZIONE PER GENITORI SOLI DI FIGLI MINORI

<sup>3</sup>Trattenere fotocopia del decreto di nomina

<sup>4</sup>Trattenere fotocopia del decreto di nomina e verificare che la delega contempi la materia sanitaria

**Note:**

Data	Firma del paziente (o del legale rappresentante)