



Servizio di Endoscopia Digestiva
Responsabile: Dott. Pavlos Lagoussis
Tel 0382-433713

NOTA INFORMATIVA PER ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA

Gentile Signora, egregio Signore, in questa pagina Le forniamo alcune informazioni sull'esame che Le è stato prescritto. La preghiamo di leggerle attentamente e di discuterne con il personale medico.

L' ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGDS)

COS'E' L'ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGDS)? E' l'esame diagnostico che consente di esaminare direttamente la superficie interna dell'esofago, dello stomaco e del duodeno.

PERCHE' VIENE FATTA? Per accertare se i disturbi che Lei lamenta e/o le alterazioni cliniche da cui è affetto siano causati o associati ad alterazioni dell'esofago, dello stomaco o del duodeno e per impostare un'adeguata terapia.

COME SI SVOLGE? Al paziente, digiuno da almeno otto ore e disteso sul fianco sinistro, viene posto tra i denti un boccaglio (in caso di protesi dentaria questa dovrà essere rimossa) e quindi viene introdotta dalla bocca una sonda sottile, lunga e flessibile (l'endoscopio) che viene guidata sino al duodeno. Quando tutti gli organi sopraddetti sono stati esaminati lo strumento viene lentamente rimosso. Nel corso dell'EGDS possono essere effettuate delle biopsie, che sono dei prelievi di mucosa destinati ad essere esaminati al microscopio. In taluni casi possono anche rendersi necessarie o opportune manovre terapeutiche (ad esempio rimozione di polipi o cauterizzazione di lesioni sanguinanti) non prevedibili prima dell'inizio dell'esame. L'esame dura in media pochi minuti, non è doloroso e non interferirà con la Sua normale respirazione. Durante l'esame Le sarà anzi utile mantenere un comportamento rilassato e collaborativo, cercando di controllare eventuali conati di vomito con respirazioni profonde.

QUALI SONO LE POSSIBILI COMPLICANZE? Anni di esperienza dimostrano che l'EGDS è un esame sicuro; tuttavia, esso può essere gravato da rare complicanze. Le complicanze della EGDS, che accadono con una frequenza inferiore a 1 caso su 1.000, sono costituite da perforazione, emorragia e problemi cardio-respiratori; queste complicanze, in alcune ancor più rare circostanze (1 caso su 10.000), potrebbero rendere necessari particolari interventi terapeutici, anche chirurgici, o risultare pericolosi per la vita. L'eventuale esecuzione di atti terapeutici (ad esempio asportazione di polipi, manovre di cauterizzazione di lesioni sanguinanti) possono aumentare la probabilità delle suddette complicanze che comunque non superano nel loro insieme 1 caso su 100.

QUAL E' L'ALTERNATIVA DIAGNOSTICA? E' rappresentata dall'esame radiologico dell'apparato digerente, che è meno accurato nella diagnosi delle malattie di questi organi, non permette di eseguire eventuali prelievi biotici e spesso deve comunque essere integrato con una successiva EGDS.

1/7

Nota Informativa e Consenso EGDS - Rev. 6 – 2020

Istituto di Cura Città di Pavia

Sistema di gestione Qualità UNI EN ISO 9001 certificato da Italcert

Sistema di Gestione Salute e Sicurezza sul Lavoro BS OHSAS 18001 certificato da Certiquality

Via Parco Vecchio 27 – 27100 Pavia (PV)

Tel. +39 0382.433611 | Fax 0382.576821 | info.iccp@grupposandonato.it

di Istituti Clinici di Pavia e Vigevano S.p.A. – Via Parco Vecchio 27 – 27100 Pavia (PV)

Reg. Imp. Pavia 00182770180 – C.F. e P.IVA 00182770180 | Capitale Sociale € 7.206.300 i.v.

www.grupposandonato.it



LA SEDAZIONE COSCIENTE

COS'E' LA SEDAZIONE COSCIENTE? E' una modalità di sedazione tramite la quale il paziente ottiene la riduzione o la scomparsa dell'ansia legata all'esecuzione dell'esame, pur mantenendo la capacità di controllare la respirazione e di rispondere agli stimoli tattili e ai comandi verbali.

PERCHE' VIENE FATTA? Gli obiettivi della sedazione in endoscopia sono quelli di ridurre il disagio per il paziente e rendere meno fastidioso l'esame.

COME SI OTTIENE? Si ottiene somministrando per via endovenosa farmaci ansiolitici della classe delle benzodiazepine. Un farmaco non sedativo, ma talora utilizzato nel corso dell'esame, è il N-butil bromuro di joscina (Buscopan®) che è dotato di un'azione antispastica. E' inoltre consigliabile effettuare un'anestesia locale del cavo orale e del faringe con un anestetico sotto forma di spray.

QUALI SONO LE POSSIBILI COMPLICANZE? La sedazione cosciente può essere gravata da rare complicanze quali: isolati casi di broncospasmo e reazioni allergiche, alterazioni della pressione arteriosa, della frequenza e del ritmo cardiaco, depressione respiratoria, che in alcune ancor più rare circostanze potrebbero rendere necessari particolari interventi terapeutici o risultare pericolose per la vita. Inoltre, si possono avere dolore e flebite nel punto di iniezione. Per la sedazione indotta da questi farmaci il paziente potrà lasciare l'ambulatorio solo se accompagnato e, **nelle 24 ore successive all'esame endoscopico, dovrà astenersi dalle attività che necessitano di particolare vigilanza (inclusa la guida di veicoli e biciclette).**

QUAL E' L'ALTERNATIVA? Eseguire l'esame endoscopico senza alcuna sedazione o anestesia locale. Ciò però può comportare una maggiore intensità e un peggior ricordo dei disturbi e/o dolori causati dall'esame endoscopico.

INFORMAZIONI SULLA SUA SALUTE

Ora, ai fini di eseguire l'esame endoscopico e gli eventuali atti ad esso connessi (biopsie, rimozione di polipi, terapia di lesioni sanguinanti o altro) nel modo più sicuro possibile, è importante che Lei ci informi sul suo stato di salute ed in particolare ci segnali se sono presenti le seguenti condizioni:

- Grave cardiopatia
- Insufficienza respiratoria
- Insufficienza renale
- Diabete
- Malattie vascolari
- Malattie neurologiche
- Malattie emorragiche
- Terapie anticoagulanti in corso (consultare il proprio medico per eventuale embricazione con eparina a basso peso molecolare)
- Diverticoli
- Interventi chirurgici sull'apparato digerente

POSSIBILITA' REVOCA CONSENSO. È possibile la revoca del proprio consenso alla prestazione sanitaria in qualsiasi momento, salvo che l'interruzione dell'atto non comporti danno organico grave ed immediato o pericolo di vita.

2/7

Nota Informativa e Consenso EGDS - Rev. 6 – 2020

Istituto di Cura Città di Pavia

Sistema di gestione Qualità UNI EN ISO 9001 certificato da Italtcert

Sistema di Gestione Salute e Sicurezza sul Lavoro BS OHSAS 18001 certificato da Certiquality

Via Parco Vecchio 27 – 27100 Pavia (PV)

Tel. +39 0382.433611 | Fax 0382.576821 | info.iccp@grupposandonato.it

di Istituti Clinici di Pavia e Vigevano S.p.A. – Via Parco Vecchio 27 – 27100 Pavia (PV)

Reg. Imp. Pavia 00182770180 – C.F. e P.IVA 00182770180 | Capitale Sociale € 7.206.300 i.v.

www.grupposandonato.it



Consenso per EGDS

Il Sottoscritto/a Sig./Sig.ra _____

Nato/a a _____ il ____/____/____

Residente a _____

Nel caso di pazienti minori, il consenso è validamente espresso dai seguenti soggetti:

I genitore: sig. _____

nato a _____ il _____

nell'esercizio della responsabilità genitoriale nei confronti del figlio minore (allegata dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà)

_____ nato a _____ il _____

Il genitore: sig.ra _____

nata a _____ il _____

nell'esercizio della responsabilità genitoriale nei confronti del figlio minore (allegata dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà)

_____ nato a _____ il _____

Nel caso di pazienti con tutore/curatore/amministratore di sostegno

sig./sig.ra _____

nato/a a _____ il _____

in qualità di tutore/curatore/amministratore di sostegno (munito di relativo decreto Giudice Tutelare, in copia) di

_____ nato a _____ il _____

DICHIARA

- **Di essere pienamente cosciente**
- **Di aver letto attentamente il presente documento**
- **Che il medico procedente ha provveduto a fornire le spiegazioni richieste ed utili per la piena comprensione di quanto in esso riportato**
- **Di averne, pertanto, compreso il contenuto**

ACCETTA di sottoporsi alla procedura proposta, quindi autorizza il medico procedente ad effettuare la procedura sopra descritta e lo autorizza fin da ora a procedere ad un ulteriore e diverso intervento qualora si verificano circostanze tali da renderlo opportuno.

Data ____/____/____

RIFIUTA di sottoporsi alla procedura proposta

Firma medico _____

Firma paziente* _____

(* In caso di paziente minorenni :

Nota Informativa e Consenso EGDS - Rev. 6 – 2020

Istituto di Cura Città di Pavia

Sistema di gestione Qualità UNI EN ISO 9001 certificato da Italtcert

Sistema di Gestione Salute e Sicurezza sul Lavoro BS OHSAS 18001 certificato da Certiquality

Via Parco Vecchio 27 – 27100 Pavia (PV)

Tel. +39 0382.433611 | Fax 0382.576821 | info.iccp@grupposandonato.it

di Istituti Clinici di Pavia e Vigevano S.p.A. – Via Parco Vecchio 27 – 27100 Pavia (PV)

Reg. Imp. Pavia 00182770180 – C.F. e P.IVA 00182770180 | Capitale Sociale € 7.206.300 i.v.

www.grupposandonato.it



Firma I genitore _____

Data ____ / ____ / ____

Firma II genitore _____

Data ____ / ____ / ____

(**) **In caso paziente con tutore/curatore/amministratore di sostegno:**

Firma tutore/curatore/amministratore _____

Data ____ / ____ / ____

**Nel caso in cui il paziente si trovi in stato di momentanea incoscienza e fuori dai casi di ricorrenza dello stato di necessità, il medico dovrà attendere che egli riprenda coscienza per chiedere il consenso al trattamento. Non è corretto chiedere il consenso ai familiari, poiché si tratta di un atto personale.*

In caso di impossibilità o di difficoltà di lettura, il documento dovrà essere letto al paziente alla presenza di un testimone e sottoscritto da entrambi. In questo caso la dichiarazione sarà la seguente:

Il Sottoscritto/a Sig./Sig.ra _____ C.F.: _____

Nato/a a _____ il ____ / ____ / ____

Residente a _____ tel.: _____

DICHIARA

- Di essere pienamente cosciente
- Di aver letto attentamente il presente documento
- Che il medico procedente ha provveduto a fornire le spiegazioni richieste ed utili per la piena comprensione di quanto in esso riportato
- Di averne, pertanto, compreso il contenuto

ACCETTA di sottoporsi alla procedura proposta, quindi autorizza il medico procedente ad effettuare la procedura sopra descritta e lo autorizza fin da ora a procedere ad un ulteriore e diverso intervento qualora si verificano circostanze tali da renderlo opportuno.

RIFIUTA di sottoporsi alla procedura proposta

Data ____ / ____ / ____

Firma medico _____

Firma paziente _____

Il Sottoscritto/a Sig./Sig.ra _____ C.F.: _____

Nato/a a _____ il ____ / ____ / ____

Residente a _____ tel.: _____

DICHIARA

Che il presente documento è stato letto al Sig./Sig.ra _____

In sua presenza

Data ____ / ____ / ____

Firma del testimone _____

Nota Informativa e Consenso EGDS - Rev. 6 – 2020

Istituto di Cura Città di Pavia

Sistema di gestione Qualità UNI EN ISO 9001 certificato da Italcert

Sistema di Gestione Salute e Sicurezza sul Lavoro BS OHSAS 18001 certificato da Certiquality

Via Parco Vecchio 27 – 27100 Pavia (PV)

Tel. +39 0382.433611 | Fax 0382.576821 | info.iccp@grupposandonato.it

di Istituti Clinici di Pavia e Vigevano S.p.A. – Via Parco Vecchio 27 – 27100 Pavia (PV)

Reg. Imp. Pavia 00182770180 – C.F. e P.IVA 00182770180 | Capitale Sociale € 7.206.300 i.v.



Nel caso di impedimento fisico che renda impossibile la sottoscrizione da parte del paziente , il documento dovrà essere letto alla presenza di un testimone il quale, sotto la sua responsabilità, dichiarerà che il paziente ha prestato il consenso al trattamento

Il Sottoscritto/a Sig./Sig.ra _____ C.F.: _____

Nato/a a _____ il ____/____/____

Residente a _____ tel.: _____

DICHIARA

- Che il presente documento è stato letto al Sig./Sig.ra _____

In sua presenza

- Che il medico procedente ha provveduto a fornire le spiegazioni richieste ed utili per la piena comprensione di quanto in esso riportato

- che il Sig./Sig.ra _____

ACCETTA di sottoporsi alla procedura proposta, quindi autorizza il medico procedente ad effettuare la procedura sopra descritta e lo autorizza fin da ora a procedere ad un ulteriore e diverso intervento qualora si verificano circostanze tali da renderlo opportuno.

RIFIUTA di sottoporsi alla procedura proposta

Data ____/____/____

Firma medico _____

Firma testimone _____

Nota Informativa e Consenso EGDS - Rev. 6 – 2020

Istituto di Cura Città di Pavia

Sistema di gestione Qualità UNI EN ISO 9001 certificato da Italcert

Sistema di Gestione Salute e Sicurezza sul Lavoro BS OHSAS 18001 certificato da Certiquality

Via Parco Vecchio 27 – 27100 Pavia (PV)

Tel. +39 0382.433611 | Fax 0382.576821 | info.iccp@grupposandonato.it

di Istituti Clinici di Pavia e Vigevano S.p.A. – Via Parco Vecchio 27 – 27100 Pavia (PV)

Reg. Imp. Pavia 00182770180 – C.F. e P.IVA 00182770180 | Capitale Sociale € 7.206.300 i.v.

www.grupposandonato.it



**Istituto di Cura
Città di Pavia**

Gruppo San Donato

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

Il Sottoscritto/a: Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Residente a _____ in Via _____

in qualità di _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,
richiamate dell'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

di essere genitore di _____

nato a _____ il _____

e di essere nell'esercizio della responsabilità genitoriale nei confronti del figlio minore.

Pavia, _____

Il Dichiarante _____

6/7

Nota Informativa e Consenso EGDS - Rev. 6 – 2020

Istituto di Cura Città di Pavia

Sistema di gestione Qualità UNI EN ISO 9001 certificato da Italcert

Sistema di Gestione Salute e Sicurezza sul Lavoro BS OHSAS 18001 certificato da Certiquality

Via Parco Vecchio 27 – 27100 Pavia (PV)

Tel. +39 0382.433611 | Fax 0382.576821 | info.iccp@grupposandonato.it

di Istituti Clinici di Pavia e Vigevano S.p.A. – Via Parco Vecchio 27 – 27100 Pavia (PV)

Reg. Imp. Pavia 00182770180 – C.F. e P.IVA 00182770180 | Capitale Sociale € 7.206.300 i.v.

www.grupposandonato.it



REVOCA DEL CONSENSO ALL'ESECUZIONE DELL'INTERVENTO/PROCEDURA
(da compilare nel caso il paziente intenda revocare il consenso precedentemente sottoscritto)

Il Sottoscritto/a Sig./Sig.ra _____

nato/a il ____ / ____ / _____ a _____ prov. (____)

Residente a _____ prov. (____)

Nel caso di pazienti minori, la revoca al consenso è validamente espressa dai seguenti soggetti:

I genitore: sig. _____

nato a _____ il _____

nell'esercizio della responsabilità genitoriale nei confronti del figlio minore (allegata dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà)

_____ nato a _____ il _____

Il genitore: sig.ra _____

nata a _____ il _____

nell'esercizio della responsabilità genitoriale nei confronti del figlio minore (allegata dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà)

_____ nato a _____ il _____

Nel caso di pazienti con tutore/curatore/amministratore di sostegno

sig./sig.ra _____

nata a _____ il _____

in qualità di tutore/curatore/amministratore di sostegno (munito di relativo decreto Giudice Tutelare, in copia) di

_____ nato a _____ il _____

DICHIARO

di volere REVOCARE il consenso all'esecuzione di EGDS

Firma del paziente (*) _____

Data ____ / ____ / _____

(*) In caso di paziente minorenni :

Firma I genitore _____

Data ____ / ____ / _____

Firma II genitore _____

Data ____ / ____ / _____

() In caso paziente con tutore/curatore/amministratore di sostegno:**

Firma tutore/curatore/amministratore _____

Data ____ / ____ / _____

Firma del Medico Responsabile

dell'esecuzione dell'esame _____

Data ____ / ____ / _____

Nota Informativa e Consenso EGDS - Rev. 6 – 2020

Istituto di Cura Città di Pavia

Sistema di gestione Qualità UNI EN ISO 9001 certificato da Italcert

Sistema di Gestione Salute e Sicurezza sul Lavoro BS OHSAS 18001 certificato da Certiquality

Via Parco Vecchio 27 – 27100 Pavia (PV)

Tel. +39 0382.433611 | Fax 0382.576821 | info.iccp@grupposandonato.it

di Istituti Clinici di Pavia e Vigevano S.p.A. – Via Parco Vecchio 27 – 27100 Pavia (PV)

Reg. Imp. Pavia 00182770180 – C.F. e P.IVA 00182770180 | Capitale Sociale € 7.206.300 i.v.

www.grupposandonato.it