



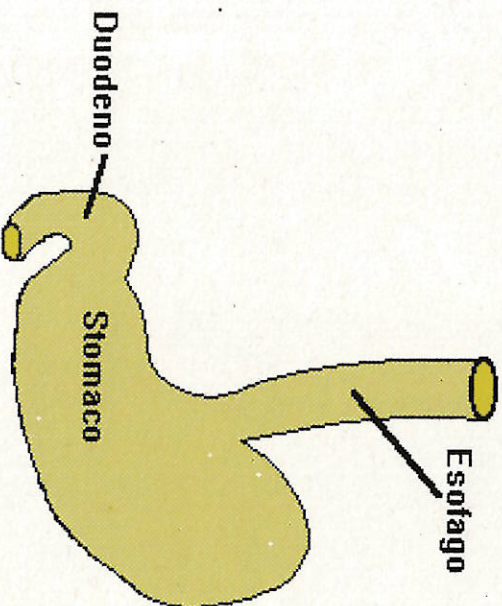
**Istituti Clinici
Zucchi**

Gruppo San Donato

Servizio di Gastroenterologia
ed Endoscopia Digestiva

**INFORMATIVA AI PAZIENTI CHE
DEVONO SOTTOPORSI AD
ESAME ENDOSCOPICO**

Endoscopia del tratto digestivo superiore Esofagogastroduodenoscopia



Se siete già stati sottoposti ad altri esami endoscopici ricordatevi di portare i reperti delle endoscopie e degli esami istologici precedenti. Il presente piegheweb informativo ha lo scopo di portarvi a conoscenza delle procedure cui verrete sottoposti. Siete pregati di leggerlo attentamente (discutendone con il medico che ha richiesto l'esame in caso di dubbi) e conservarlo anche dopo l'esame

Cos'è una EGDS

L'endoscopia del tratto digestivo superiore (detta in termini tecnici Esofagogastroduodenoscopia — EGDS) è un esame visivo del rivestimento interno (mucosa) dell'esofago, dello stomaco e della prima parte dell'intestino. È possibile visualizzare l'interno dell'apparato digerente introducendo dalla bocca o dal naso un piccolo e lungo tubo flessibile, denominato endoscopio.

Attraverso questo esame potrà essere verificata la presenza o meno della patologia sospettata dal medico che le ha richiesto l'esame. L'endoscopista potrà vedere le eventuali anomalie presenti nel tratto esplorato. Se necessario sarà possibile prelevare, in modo assolutamente indolore, piccoli campioni di tessuto (biopsie) da inviare per un esame microscopico (esame istologico)

L'esame di tutto il tratto digestivo superiore viene di solito praticato previa somministrazione in bocca o nel naso di un anestetico locale in spray (Lidocaina) e una sedazione che ha lo scopo di rendere l'esame più agevole (somministrazione di Midazolam per via endovenosa). Più lei sarà disteso e rilassato più l'esame sarà agevole e veloce. L'esame può essere eseguito anche senza la sedazione, ma noi la raccomandiamo. Effetti collaterali alla sedazione analgesia sono riportati

nel 0.1-0.4 % dei pazienti e sono rappresentati da un rallentamento del respiro che può in alcuni casi richiedere la somministrazione di ossigeno, riduzione della pressione arteriosa, nausea o capogiri che possono richiedere una osservazione prolungata nel nostro ospedale o la somministrazione di "antidoti".

Alternative alla EGDS

Esiste un altro metodo di studio del tratto digestivo superiore, denominato Radiografia del tubo digerente con mezzo di contrasto. Questo metodo ha la caratteristica di essere un esame indiretto, cioè il rivestimento interno dei visceri (mucosa) non viene visualizzato direttamente ma viene esaminato utilizzando dei mezzi di contrasto che "disegnano" la superficie del visceri stesso. Questo metodo può apparire meno fastidioso per il paziente, ma richiede in ogni caso la deglutizione di mezzo di contrasto, alterazioni di piccole dimensioni possono sfuggire e soprattutto questo esame non permette il prelievo di materiale per un esame microscopico né l'asportazione di eventuali lesioni. Pertanto se questo esame rileva una lesione potrà esservi chiesto di eseguire successivamente una EGDS. Spesso l'EGDS vi viene richiesta da un medico diverso da quello che eseguirà l'esame. Discutate con il medico richiedente le diverse opzioni e le vostre perplessità.

Preparazione all'esame

Lo stomaco deve essere vuoto, quindi non bevete né mangiate nulla nelle otto ore precedenti l'esame. È invece consigliato assumere i farmaci abituali, anche se è meglio inghiottirli con poca acqua. Non assumete invece antiacidi (ad esempio Maalox®). **IN CASO DI ASSUNZIONE DI ANTICOAGULANTI (es Coumadin, Sintrom) RIVOLGETEVI AL CENTRO DI TERAPIA ANTICOAGULANTE. DOVRETE PORTARE IL VALORE DI INR DEL GIORNO PRECEDENTE LA PROCEDURA.**

SE ASSUMATE ANTICOAGULANTI AD AZIONE DIRETTA (ES Eliquis , Pradxa ecc) CONTATTATE IL VOSTRO MEDICO PER SAPERE SE POTERE SOSPENDERE LA DOSE DEL MATTINO

Come sarà l'esame

Il medico e/o l'infermiere Vi spiegheranno la procedura e risponderanno alle Vostrre domande.

Avvisateci prima, per favore, se:

1. avete mai avuto allergie o reazioni indesiderate dopo l'assunzione di farmaci o dopo l'esecuzione di anestesie locali (per esempio dal dentista);
2. state assumendo Aspirina® o farmaci anticoagulanti, e per quale motivo;
3. siete portatori di uno stimolatore cardiaco (pace-maker) o di altri apparecchi elettromedicali non rimovibili.

Dovrete rimuovere gli occhiali, le lenti a contatto e le protesi dentarie. Vi verrà spruzzato un anestetico locale in gola, per renderla insensibile al fastidio causato dal passaggio dello strumento. Vi verrà somministrato un sedativo per via endovenosa per rilassarvi. Mentre sarete in una comoda posizione sul fianco sinistro, l'endoscopista introdurrà dalla bocca l'endoscopio ed inizierà la procedura. L'endoscopio, durante l'esame, non provocherà alcuna interferenza al respiro né causerà alcun dolore. Verrà posizionato un boccaglio per proteggere i denti e l'endoscopio. L'esame durerà dai 5 ai 30 minuti al massimo (in media 10 minuti).

Dopo l'esame

Dovrete rimanere nei pressi della sala di endoscopia, fino a che siano svaniti gli effetti delle medicazioni somministrate. Ricordate comunque che la gola rimarrà "addormentata" per circa mezz'ora dopo la somministrazione dell'anestetico locale: in questo periodo non dovete bere né mangiare. Dopo questo periodo potrete

mangiare e bere di tutto, salvo diverse disposizioni da parte dell'endoscopista.

Potrete sentire la pancia un po' gonfia dopo l'esame: questo è dovuto alla presenza di aria introdotta durante l'Esofagogastroduodenoscopia; questa sensazione è normale e passerà rapidamente.

Se vi è stato somministrato un sedativo per via endovenosa DOVETE avere con Voi qualcuno che possa riaccomagnarVi a casa. Per il resto della giornata NON DOVETE guidare autoveicoli, lavorare su macchinari o prendere decisioni importanti, dal momento che il sedativo può rallentarVi i riflessi e ridurre la Vostra capacità di giudizio.

Rischi

- effetti collaterali alla sedazione analgesia riportati nel 0.1 -0.4 % dei pazienti e rappresentati da un rallentamento del respiro che può in alcuni casi richiedere la somministrazione di ossigeno, riduzione della pressione arteriosa, nausea o capogiri che possono richiedere una osservazione prolungata nel nostro ospedale o la somministrazione di "antidoti". Una depressione severa del centro del respiro, che richieda l'intervento di un anestesista, è descritta in meno di un caso ogni 3000.

- complicanze dell'esame endoscopico quali perforazione (strappo) del tubo digerente e sanguinamento. Queste complicanze sono estremamente rare (meno di 1 caso ogni 1000 esami), ma possono richiedere un trattamento d'emergenza; in alcuni casi il trattamento deve essere chirurgico. La probabilità di avere una complicanza è maggiore per i pazienti molto anziani, per i pazienti in scadenti condizioni di salute o acutamente malati ed in caso di endoscopia operativa.

- In caso di esame per via transnasale si può verificare un epistassi (sangue dal naso) che nella maggior parte dei casi è a risoluzione spontanea

Se nelle ore o nei giorni successivi all'esame avete dolore, feci nere o di aspetto catramoso, feci con sangue rosso vivo, vomito o febbre contattate il centro di endoscopia dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 16.30 ☎ 0398383409. Nei restanti orari e nei giorni festivi recarsi presso il pronto soccorso a Voi più vicino.



INFORMAZIONE E CONSENSO ALLA GASTROSCOPIA

- Presidio di Monza
 Presidio di Carate Brianza

Numero cartella clinica

Cognome

Nome

Data di consegna dell'informativa

Gentile Signora, Egregio Signore,

Il trattamento che Le viene proposto è una gastroscopia, e durante l'esame potranno essere eseguite delle manovre operative richieste dalla Sua condizione clinica quali ad esempio biopsie.

La Direzione e i medici degli Istituti Clinici Zucchi ritengono eticamente necessario e corretto che, nel rapporto tra medico e paziente, quest'ultimo svolga un ruolo consapevole e attivo in relazione al trattamento e agli esami diagnostici ai quali volontariamente si sottopone.

Il medico del nostro Servizio fornirà ogni più ampia e chiara informazione necessaria alla sua comprensione e si accerterà che Lei abbia bene compreso quanto è stato sottoposto alla Sua attenzione.

È importante che Lei ritenga le spiegazioni fornite esaurienti e chiare ed in particolare abbia ben presente quanto Le viene proposto. Le sono stati indicati i benefici in relazione alla gastroscopia e all'utilizzo della sedazione cosciente, i possibili rischi e le eventuali alternative, così da consentirLe una volontaria e conseguentemente consapevole decisione in merito.

Se lo ritiene necessario, prima di prestare il Suo consenso scritto firmando il presente modulo, non abbia alcun timore nel richiedere tutte le ulteriori informazioni che crede utili al fine di risolvere eventuali dubbi o chiarire alcuni aspetti di quanto esposto che non ha pienamente compreso.

- Dichiaro di essere informato/a del fatto che fattori estranei alla mano del medico ed alla precisione dell'intervento, compresa la mancata osservanza delle eventuali prescrizioni riportate nel reperto, possono comunque influenzare il decorso clinico.
- Dichiaro di essere stato/a posto/a a conoscenza, tra l'altro della possibilità di porre domande riguardo alle problematiche relative a questa procedura, rilasciatami dal Dott. _____ che ha fornito spiegazioni aggiuntive su:

- Mi viene confermato che sarà presente durante l'esecuzione della procedura personale qualificato a far fronte a qualsiasi necessità clinica e che verranno utilizzate le apparecchiature tecniche conformi alle necessità specifiche. Qualora durante l'intervento si verificassero particolari difficoltà di ordine tecnico legate sia alla malattia che alle condizioni generali, accetto le modifiche alla condotta programmata che si rendessero necessarie.
- Affermo infine di avere letto e compreso perfettamente tutto ciò che mi viene spiegato e che tutti gli spazi in bianco sono stati completati (o sbarrati) prima della mia firma.

E' obbligatorio per il medico metterLe a disposizione le suddette informazioni sul trattamento che è proposto, sui risultati e sui rischi connessi alla procedura. La firma da parte Sua di questo documento vuole essere la conferma per il medico di avere fornito tali informazioni in maniera che Lei ritiene adeguata e comprensibile e di aver soddisfatto ogni Sua domanda e *non solleva il medico dal suo obbligo di diligenza, perizia e prudenza.*

ATTO DI CONSENSO ALLA GASTROSCOPIA

Con la presente dichiarazione, da valere come manifestazione piena, libera ed incondizionata della mia volontà, io sottoscritto/a, dopo essere stato/a edotto/a delle mie condizioni di salute e delle modalità di esecuzione del trattamento proposto e dopo avere valutato, sulla base di quanto ampiamente illustrato e riassunto in una specifica informativa, i possibili vantaggi così come gli eventuali rischi generici e specifici della procedura, le possibili alternative al trattamento proposto, le possibilità di successo del trattamento proposto, il decorso post-procedura e le possibili conseguenze del non trattamento

ACCONSENTO a sottopormi alla gastroscopia con eventuali procedure operative.

data..... firma

NON ACCONSENTO a sottopormi alla gastroscopia con eventuali procedure operative.

data..... firma

Essendo stato/a informato/a dei possibili effetti collaterali della sedazione, della eventuale necessità di somministrare antidoti o di prolungare il tempo di osservazione dopo la procedura; reso edotto altresì della necessità di non guidare autoveicoli, lavorare su macchinari o prendere decisioni importanti per il resto della giornata

ACCONSENTO alla somministrazione della sedazione

data..... firma

NON ACCONSENTO alla somministrazione della sedazione

data..... firma

Cognome e Nome (in stampatello): del paziente; del tutore del paziente inabilitato; dei genitori del paziente minorenni esercenti la responsabilità genitoriale

Data

Firma del Paziente / tutore / genitore

Firma dell'altro genitore

Data

Timbro e Firma del medico che ha fornito le informazioni

IN CASO DI SOTTOSCRIZIONE DI UNO SOLO DEGLI ESERCENTI LA RESPONSABILITA' GENITORIALE, CON LA PRESENTE SOTTOSCRIZIONE IL FIRMATARIO DICHIARA DI ESERCITARE CONGIUNTAMENTE LA RESPONSABILITA' GENITORIALE, OVVERO DI ESSERE L'UNICO ESERCENTE LA RESPONSABILITA' GENITORIALE ESONERANDO DA OGNI RESPONSABILITÀ LA STRUTTURA E I SUOI MEDICI PER OGNI ATTO CONSEGUENTE ALLA MENDACE AFFERMAZIONE ED ACCOLLANDOSENE GLI ONERI. — IN CASO DI ESERCIZIO DELLA RESPONSABILITA' GENITORIALE DISGIUNTA SARÀ INDISPENSABILE LA SOTTOSCRIZIONE DI ENTRAMBI GLI ESERCENTI LA RESPONSABILITA' GENITORIALE OVVERO DI PROCURA NOTARILE DELL'ESERCENTE LA RESPONSABILITA' GENITORIALE CHE NON SOTTOSCRIVE OVVERO DI DICHIARAZIONE CON LA QUALE SI ATTRIBUISCE LA FACOLTÀ DI SOTTOSCRIVERE IL CONSENSO ALL'ALTRO GENITORE MUNITA DI DICHIARAZIONE D'AUTENTICITÀ DELLA FIRMA. — SE IL MINORE HA PIÙ DI 14 ANNI OLTRE ALLA FIRMA DEI GENITORI (O DEL TUTORE) DEVE FIRMARE LO STESSO MINORE.



ANAMNESI PRE-ENDOSCOPIA

Egregio Signore / Gentile Signora,

per facilitare la raccolta dei suoi dati anagrafici e della sua storia clinica La preghiamo gentilmente di compilare questo modulo con l'aiuto del suo medico curante. La informiamo che i dati da lei comunicati saranno utilizzati esclusivamente per la compilazione della cartella clinica elettronica.

COGNOME NOME

DATA DI NASCITA/...../..... LUOGO DI NASCITA

INDIRIZZO CITTA'

RECAPITO TELEFONICO 2° RECAPITO TELEFONICO

Le hanno richiesto questo esame perché

E' in gravidanza? si no sta allattando? si no

Soffre di ipertensione arteriosa diabete ipotiroidismo

malattie cardiache se si quali

malattie renali se si quali

malattie polmonari se si quali

malattie epatiche se si quali

altro

Ha subito interventi chirurgici a:

testa collo torace addome altro

Specificare.....

E' portatore di pace maker (o altri stimolatori elettrici) si no

Quali farmaci sta assumendo?

.....

Assume antiaggreganti si no quali?..... sospesi si no dal

Assume anticoagulanti si no quali?..... sospesi si no dal

Esegue controllo INR? si no valore ultimo INR : eseguito il

Ha mai avuto reazioni allergiche a farmaci? Se si quali?

Ha mai avuto episodi di sanguinamento? Se si in che occasione.....

Data ____ / ____ / ____ FIRMA

Spazio riservato al medico del Servizio: ASA I ASA II ASA III ASA IV

PREPARAZIONE INTESTINALE: A B C ESEGUITA IN MODO: completo incompleto

DIGIUNO si no

FIRMA