



DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE E DI ESPRESSIONE DEL CONSENSO PER ESOFAGO-GASTRO-DUODENOSCOPIA (EGDS)

Io sottoscritto/a....., nato/a a.....il...../...../.....
dichiaro di essere stato/a informato/a, dal/dalla Prof./ Dr.....che,
per i disturbi che avverto e/o per cercare di chiarire la natura della mia affezione o per confermare la
diagnosi di....., è indicata l'esecuzione di una: **ESOFAGO-
GASTRO-DUODENOSCOPIA (EGDS) DIAGNOSTICA.**

Sono stato/a informato/a in maniera a me comprensibile che l'esofago-gastro-duodenoscopia è una
procedura che consente al medico endoscopista **di esaminare direttamente l'interno dell'esofago,
stomaco e duodeno, mettendo in evidenza eventuali alterazioni.**

Per fare questo si utilizza una sonda particolarmente flessibile, il gastroscopio, che ha un diametro di circa 1
cm e possiede una telecamera ed una luce sulla punta.

Sono stato/a informato/a in maniera a me comprensibile che durante la colonscopia diagnostica (che viene
in genere eseguita in sedazione cosciente), possono essere effettuati dei **prelievi per esame istologico***, e
che, qualora vengono rilevati dei polipi, il chirurgo endoscopista potrà decidere di asportarli mediante
polipectomia**. Talora i polipi siano di grosse dimensioni, potrebbero presentare particolari difficoltà
tecniche nell'asportazione, rendendone consigliabile la stessa in ambiente ospedaliero.

In caso di emorragie spontanee, o secondarie a biopsie o polipectomie, il medico, per ottenere l'emostasi,
può eseguire atti terapeutici, come l'iniezione di sostanze vasocostrittive e/o emostatiche, o con l'utilizzo di
sonde laser, laccio clips.

Di quanto propostomi, mi sono stati chiaramente spiegati gli obiettivi, i benefici e gli eventuali rischi.

Sono stato/a informato/a che, durante o dopo l'esame, possono insorgere complicanze e che queste sono
più frequenti e gravi nel caso in cui l'esame stesso venga condotto in pazienti anziani, in condizioni generali
compromesse per la presenza di malattie gravi o di particolari fattori di rischio

POSSIBILI COMPLICANZE ENDOSCOPICHE

Sebbene siano possibili, le complicazioni di questo esame sono rare (inferiori allo 0,05%). La perforazione si
presenta con una frequenza massima pari a 0,03% ed è generalmente legata alla presenza di particolari
condizioni anatomiche (stenosi esofagee, diverticolo di Zenker, neoplasie). Nel caso di gastroscopie
operative (polipectomie, emostasi di lesioni sanguinanti) è presente un rischio maggiore di complicanze (0,5
- 5%). Nel punto della biopsia o di rimozione di un polipo può verificarsi un sanguinamento, ma si tratta
spesso di un fenomeno non rilevante, generalmente controllabile per via endoscopica, che solo in casi molto
rari può richiedere un intervento chirurgico o una trasfusione di sangue. Alcuni pazienti potrebbero
presentare complicanze cardio-respiratorie correlate all'uso dei sedativi, oppure complicanze dovute a
patologie cardiache o polmonari. La morte è un evento estremamente raro nelle procedure endoscopiche.

*** qualora durante l'indagine endoscopica, il medico proceda a prelievi per esame istologico, esso
prevederà un costo aggiuntivo.**

**** qualora durante l'indagine endoscopica, il medico proceda all'asportazione di eventuali polipi, la
procedura di polipectomia prevederà un costo aggiuntivo.**



SEDAZIONE

Acconsento di essere sottoposto a sedazione/analgesia finalizzata a ridurre il dolore/fastidio e a facilitare l'esecuzione dell'esame; mi è stato riferito che nel corso della procedura verranno costantemente monitorati i principali parametri vitali (saturazione di ossigeno, pressione arteriosa, frequenza cardiaca; se le condizioni cliniche lo richiedono sarà monitorata l'attività elettrocardiografica e sarà somministrato ossigeno per mantenere/ristabilire un adeguato livello di saturazione).

Sono stato anche informato delle possibili complicanze della sedazione. Le più frequenti sono le reazioni allergiche ai farmaci utilizzati per la sedazione, come il broncospasmo o l'orticaria, problemi cardio-respiratori, come l'alterazione della pressione arteriosa, della frequenza e del ritmo cardiaco, la depressione respiratoria con apnea, fino a giungere in casi molto rari all'arresto respiratorio e/o cardiaco (complicanze gravi 1-3 su mille, con mortalità complessiva < 0.3/1000) ed in rari casi dolore nel punto di iniezione dei farmaci con possibile episodio di flebite (infiammazione del distretto venoso). Sono stato informato della possibilità di somministrazione di farmaci antagonisti della sedazione/analgesia per ottenere un adeguato risveglio; sono stato informato inoltre sull'impossibilità di condurre auto-motoveicoli e sul divieto di osservare condotte che richiedano una particolare attenzione nelle 24 ore successive alla procedura. Sono stato avvisato che, **se sottoposto a sedo/analgesia, potrò lasciare l'ambulatorio solo se accompagnato da un adulto**. Qualora la procedura si svolgesse in sedazione profonda/anestesia, praticata dall'anestesista, la firma del consenso con la relativa modulistica sarà gestita anche dall'anestesista.

Valutate le informazioni ricevute:

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

all'esecuzione della sedazione



ESPRESSIONE DEL CONSENSO

Io sottoscritto/a....., dichiaro di aver ricevuto le informazioni che mi hanno permesso di comprendere le mie condizioni cliniche e il trattamento/esame proposto, anche alla luce degli ulteriori chiarimenti da me richiesti.

Valutate le informazioni ricevute:

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

all'esecuzione dell' esofago-gastro-duodeno-scopia (EGDS) **compresa** ogni manovra connessa e complementare (come **prelievi istologici** e **polipectomie**) che comporterà una maggiorazione di prezzo.

Valutate le informazioni ricevute:

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

all'esecuzione dell' esofago-gastro-duodeno-scopia (EGDS) **escluso** ogni manovra connessa e complementare (come **prelievi istologici** e **polipectomie**).

Sono stato informato/a del fatto che in ogni caso potrò revocare il consenso che qui sto esprimendo.

Data: ___/___/___

Firma paziente/genitore/tutore/amministratore di sostegno_____

Timbro e Firma Medico _____

REVOCA DEL CONSENSO

Io sottoscritto/a....., dopo essere stato informato sulle motivazioni e la natura dell'atto clinico proposto, sui suoi benefici, rischi, alternative, e sulle conseguenze nel caso in cui non venga eseguito, revoco il consenso qui precedentemente espresso.

Data/...../.....

Firma paziente/genitore/tutore/amministratore di sostegno_____

Timbro e Firma Medico _____