

INFORMAZIONI, PREPARAZIONE E CONSENSO INFORMATO PER LA GASTROSCOPIA

ANAMNESI E CONDIZIONI del Paziente (prego compilare al proprio domicilio):

Ha già eseguito in precedenza lo stesso esame? SI NO

Se ha risposto sì, per cortesia porti i vecchi referti (anche vecchie radiografie possono servire)

E' allergico/a a qualche farmaco? NO SI

Se ha risposto sì, prego elencare le allergie manifestate

.....
.....

Accusa i seguenti sintomi? Nausea Vomito Dolori allo stomaco

Bruciore di stomaco Acidità Rigurgito

Prego elencare le malattie di cui è affetto (in particolare specificare eventuali problemi cardiaci e/o respiratori, sia attuali che pregressi)

.....
.....

Prego elencare i farmaci che sta assumendo per:

Dolori.....

Cuore, circolazione.....

.....

Glaucoma.....

Prostata.....

Altre Patologie.....

.....
.....

INFORMAZIONI SULL'ESAME

L'esofagogastroduodenoscopia è un esame utilizzato nella diagnosi delle malattie dell'esofago, dello stomaco e del duodeno e di altre malattie che possono comportare alterazioni in questi organi.

Si esegue introducendo un endoscopio (cioè un lungo e sottile tubo flessibile) attraverso la bocca, negli organi suddetti: la visione è diretta, mediante un sistema video; gli organi vengono lievemente insufflati di aria per permetterne una più accurata visione; l'aria verrà aspirata prima del termine dell'esame.

Se ritenuto necessario dal medico operatore, durante l'esame potranno essere eseguite biopsie, per uno studio al microscopio del tessuto.

PREPARAZIONE

Uno stomaco vuoto consente la migliore e più sicura esplorazione endoscopica. A tal fine è necessario **non mangiare cibi solidi** (nessun tipo) **nelle 6 ore antecedenti l'esame** (sono concessi alimenti semi-liquidi) **e non bere liquidi nelle 3 ore antecedenti l'esame**. La presenza di cibo nello stomaco limita il campo visivo, inficiando l'attendibilità diagnostica della procedura e, in caso di vomito, favorendo il passaggio di residui alimentari nelle vie respiratorie. Per alimenti liquidi s'intende: tè, caffè, latte; per alimenti semiliquidi s'intende: yogurt, succo di frutta, zabaione, miele.

Può assumere regolarmente le sue medicine, ad eccezione di antiacidi o carbone vegetale. In previsione di atti endoscopici operativi sarà valutato l'assetto coagulativo: tempo di protrombina (PT), tempo di protrombina parziale (PTT), emocromo-piastre, fibrinogeno. Se necessario, saranno sospesi per i giorni previsti i farmaci antiaggreganti e/ o anticoagulanti e saranno somministrate terapie sostitutive o, in condizioni cliniche particolari procoagulanti, su indicazione del proprio cardiologo.

COSA SUCCEDERÀ

Dietro Sua richiesta il medico o gli infermieri Le spiegheranno ulteriormente la procedura e risponderanno alle Sue domande. Per cortesia li informi se è già stata sottoposta ad altri esami endoscopici o se ha in altre occasioni manifestato allergia a medicinali o a mezzi di contrasto.

Dovrà togliere gli occhiali e l'eventuale dentiera.

Per l'esecuzione dell'esame Le verrà dapprima spruzzato in bocca un anestetico locale, sotto forma di spray, per renderLe insensibile la gola; verrà quindi fatta sdraiare su di un lettino, sul Suo fianco sinistro. Prima di iniziare l'esame Le verrà iniettato endovena un sedativo per renderLa rilassata, in modo che non accusi disturbi. Le verrà posto un boccaglio di protezione tra i denti ed introdotto dal medico l'endoscopio, attraverso la bocca, nello stomaco. L'endoscopio non interferirà minimamente con la respirazione e non Le causerà alcun dolore. L'esame durerà mediamente 5 minuti.

L'esecuzione di questa indagine è gravata da una bassissima percentuale di complicanze. Quelle descritte in letteratura sono:

- sanguinamento
- perforazione dei visceri esplorati
- problemi respiratori (causati direttamente dall'esame stesso o dalla sedazione)
- laringiti post-esame
- traumi dentari
- reazioni allergiche ai sedativi

DOPO L'ESAME

La gola risulterà anestetizzata per un po'. A causa di ciò non dovrà assumere niente per almeno mezz'ora.

A causa del modesto stato di rallentamento dei riflessi, che potrà durare per un paio di ore, non dovrà guidare veicoli per tale intervallo di tempo; è pertanto indispensabile venire ad eseguire l'esame accompagnati, o comunque predisporre per non essere costretti a guidare dopo l'esame; a Suo giudizio potrà, comunque, dopo breve tempo, riprendere Le Sue normali attività.

Il referto dell'esame eseguito Le sarà consegnato circa 20 minuti dopo il termine dell'esame stesso.

Qualora durante l'esame venissero eseguite delle biopsie per esame istologico, sarà avvertita al termine della procedura e potrà ritirare il relativo referto dopo circa una settimana (Informativa ritiro esami cito-istologici MQ-LAB ACC 13 REV 04 del 18/01/13, modulistica presso Segreteria GEL).

COVID 19

Stante la pandemia di Coronavirus, l'Ospedale Koelliker di Torino ha adottato e poste in essere tutte le misure prudenziali, recepite e contestualizzate secondo le vigenti indicazioni e raccomandazioni degli enti regolatori nazionali e regionali.

L'Ospedale inoltre presta la massima attenzione nel controllo all'accesso alla struttura ed al mantenimento di percorsi separati tra i pazienti affetti e quelli non affetti da COVID-19.

Il Servizio di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva, in particolare, ha messo in atto tutte le procedure di sicurezza e disinfezione raccomandate, al riguardo, dalle Linee Guida delle Società Scientifiche italiane ed internazionali (SICE, SIED, ESGE e ASGE).

Ci non ostante non si pu escludere che il rischio di contrarre l'infezione da Corona Virus in ambiente ospedaliero sia superiore a quello dell'isolamento domiciliare e/o del distanziamento sociale.

PRENOTAZIONE

Si prega di portare tutti i referti di eventuali esami precedenti ed ogni altra documentazione relativa, per aiutare il medico esaminatore nella sua funzione.

Naturalmente l'orario della prenotazione è indicativo, in quanto altri eventuali esami, con caratteristiche di urgenza, dovranno essere anteposti, con conseguenti possibili ritardi nello svolgimento del programma prefissato.

Vogliate scusarci sin d'ora, qualora ci dovesse accadere; possiamo comunque garantire il massimo impegno da parte di tutto il personale per lo svolgimento delle procedure nel migliore modo possibile.

La preghiamo inoltre, dopo avere letto attentamente questo modulo illustrativo, di compilare il consenso informato allegato e firmarlo. Qualora rimanessero dubbi o incertezze, La preghiamo di farcelo sapere.

GRAZIE

**SERVIZIO DI GASTROENTEROLOGIA
ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA**
dr. FULVIO CAPPELLETTI

MODULO PER IL CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto,....., nato/a il

richiedo ed acconsento di sottopormi a:

Gastroscopia

la natura, gli scopi e le eventuali complicanze della quale mi sono stati esaurientemente spiegati e che sono convinto/a sia necessaria per la patologia riscontratami e/o per il quadro clinico che presento.

Acconsento inoltre a sottopormi ad eventuali misure terapeutiche che si rendessero necessarie od opportune nel corso o dopo la realizzazione della procedura.

Dichiaro di essere stato informato sul tipo degli strumenti che verranno impiegati, sul metodo operativo e sui suoi relativi rischi immediati e futuri, sui vantaggi conseguibili dai risultati, nonché sugli svantaggi della mancata esecuzione della procedura.

Acconsento all'utilizzazione per scopi scientifici ed educativi dei dati ottenuti dalla procedura a cui verrà sottoposto nel pieno rispetto della Legge sulla Privacy (D.Lgs. 196/2003 e successive modifiche).

Alle domande da me poste è stato risposto dal **Dr. Fulvio Cappelletti** in modo comprensibile e sufficiente.

Torino, li Firma del Paziente (del Genitore e/o tutore se minore)

Dichiaro inoltre di essere stato informato del divieto di guidare autoveicoli e/o cicli nelle 2 ore successive all'esame

Firma del Paziente (del Genitore e/o tutore se minore)

Torino, li

Dichiaro di essere stato messo a conoscenza dei rischi connessi alla Pandemia da SARS-COV2, nonché di quanto questa possa incidere sulla sicurezza della procedura e sul rischio di contrarre detta infezione in ambiente ospedaliero, e di ritenere l'importanza di una corretta diagnosi della mia patologia superiore ai rischi suddetti

Torino, li Firma del Paziente (del Genitore e/o tutore se minore)

Confermo di avere spiegato la natura e gli scopi della procedura sopra riferita

Dr. Fulvio Cappelletti

Io sottoscritto -----

in data ---/---/20--- dichiaro di **REVOCARE IL CONSENSO**.

Firma del paziente

Timbro e firma del Medico
