

da Archiviare in Sede

Nome e cognome del Paziente:.....

- a) **diagnosi o sospetto diagnostico (al momento della proposta della prestazione):**
- b) **possibili varianti nell'esecuzione:**
Nel caso di allergie a farmaci o di volontà del paziente, l'esame può essere eseguito senza alcuna premeditazione o anestesia locale; in questo caso però la tollerabilità alla procedura è inferiore.
- c) **benefici attesi e scopo della prestazione proposta:**
L'Esófagogastroduodenoscopia consente una visione diretta del lume e della mucosa della parte alta del tubo digerente. La procedura permette anche il prelievo di piccoli frammenti di mucosa (biopsie) che vengono poi analizzati (esame istologico). Tale prelievo, effettuato mediante l'introduzione di una pinza biottica attraverso un canale dell'endoscopio, è del tutto indolore.
- d) **rischi prevedibili legati alla non esecuzione della prestazione proposta:**
La non effettuazione dell'esame potrebbe portare ad una diagnosi non corretta dell'eventuale patologia in atto, con possibile ritardo della terapia più appropriata.
- e) **rischi prevedibili legati all'esecuzione (al momento della proposta) e possibili complicanze:**
L'esófagogastroduodenoscopia è una procedura sicura e pressoché priva di complicazioni. La complicanza più importante è la perforazione che può verificarsi in meno di 1 caso ogni 10.000 esami ed è spesso legata ad una grave patologia dell'esófago o a diverticoli lungo il suo decorso. Il passaggio dell'endoscopio in esófago può indurre, raramente ed in soggetti predisposti, alterazioni transitorie del ritmo cardiaco per via riflessa che possono essere trattate con apposita terapia. Se durante l'esame endoscopico vengono asportati piccoli polipi vi può essere un rischio di sanguinamento che non supera l'1% e che, nella maggior parte dei casi, si arresta spontaneamente o con tecniche endoscopiche. La sedazione cosciente può essere gravata da rare complicanze quali: broncospasmo, reazioni allergiche, alterazione della pressione arteriosa, della frequenza e del ritmo cardiaco, depressione respiratoria o apnea, arresto respiratorio e/o cardiaco. Tali complicanze, seppur molto raramente, potrebbero richiedere manovre di tipo rianimatorio. Raramente, dopo l'esame, può insorgere lieve dolore nel punto di inserimento dell'ago cannula o tromboflebite, che si risolvono spontaneamente o con l'applicazione locale di pomate anti-infiammatorie.
- f) **possibili problemi di recupero (es. conseguenze menomanti temporanee e permanenti, necessità di ausili, presidi, ...):**
Per Sua sicurezza, nelle 24 ore dopo l'esame dovrà astenersi da attività lavorative che prevedano particolare attenzione e che possano comportare rischi o incidenti in quanto potrebbero manifestarsi vertigini, mancanza di attenzione o di coordinazione motoria; si consiglia anche di evitare di prendere importanti decisioni e di mettersi alla guida di veicoli. Inoltre dovrà astenersi dall'assumere bevande alcoliche e cibi o bevande troppo calde, oppure psicofarmaci o sedativi a meno che non siano prescritti dal suo medico curante. E' sconsigliato effettuare sports impegnativi per attenzione o per attività fisica. Dopo 24 ore potrà svolgere qualunque tipo di attività solo se si sente bene.
- g) **possibilità di alternative (esplicitare se l'unica alternativa è la non esecuzione della prestazione in oggetto):**
L'alternativa all'esecuzione di un esame endoscopico è l'indagine radiologica, la cui sensibilità diagnostica è generalmente inferiore e che non consente il prelievo di tessuto (biopsie) per l'analisi istologica.
- h) **Eventuali precisazioni dovute alle particolari condizioni cliniche:**
Prima dell'inizio dell'esame è importante segnalare al medico esaminatore eventuali patologie cardiache, facilità allo svenimento, allergie a farmaci e trattamenti farmacologici in corso.

Io sottoscritto/a documento di riconoscimento | | | | | | | | | |

data .../.../..... ora durante il colloquio con il

Dott./Prof. sono stato/a informato/a in merito alla
proposta di essere sottoposto/a a:

ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA

Mi sono state fornite Le spiegazioni su elencate ai punti a) b) c) d) e) f) g) h) e avendo compreso quanto spiegato, decido liberamente e consapevolmente di:

Acconsentire ad essere sottoposto/a alla prestazione sopra descritta, tenuto conto anche delle conseguenze menomanti prevedibili, temporanee o permanenti, derivanti dall'esecuzione della prestazione proposta, così come descritte nell'Informativa.

Dichiaro di aver ricevuto e letto copia dell'Informativa scritta specifica.
Sono consapevole che è mio diritto richiedere ulteriori spiegazioni in ogni momento.
Sono anche consapevole che posso revocare le mie decisioni qui espresse sino al momento dell'esecuzione della prestazione.

Firma del/della Paziente (o chi ne fa le veci)

Nome e Cognome di chi ne fa le veci

Firma del Testimone

(Persona presente al colloquio)

Timbro e Firma del Medico

Consenso ottenuto con l'ausilio di un interprete SI NO

Firma dell'Interprete