



A.S.L. CN2

Azienda Sanitaria Locale
di Alba e Bra

Via Vida, 10 – 12051 ALBA (CN)
Tel +39 0173.316111 Fax +39 0173.316480
e-mail: aslcn2@legalmail.it – www.aslcn2.it

P.I./Cod. Fisc. 02419170044

S.C. GASTROENTEROLOGIA – ENDOSCOPIA DIGESTIVA

P.O. “Michele e Pietro Ferrero” Via Tanaro, 7/9 – 12060 Verduno CN
gastroenterologia@aslcn2.it – Tel.0172 1408627 – 0172 1408118

Direttore Dott.ssa M.A. La Terra

Coordinatore G.Tonti

Staff Medico Tel. 0172 1408116

Staff Infermieristico Tel. 0172 1408117

DICHIARAZIONE DI INFORMAZIONE

Io sottoscritto.....

dichiaro di essere stato informato dal dr.....

in data.....

in modo chiaro, comprensibile ed esaustivo sul mio quadro clinico nonché sulle indicazioni ad eseguire

ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA

Dichiaro essere stato informato sulla tipologia dell'esame e di aver ricevuto congiuntamente a questo modulo il documento esplicativo sulla procedura in oggetto.

Mi riserverò di fornire il consenso alla procedura dopo la lettura dell'allegato modulo di informazione e eventuale colloquio con i medici che eseguiranno l'esame per ottenere ulteriori informazioni, tramite contatto telefonico nei giorni precedenti l'esame o il giorno stesso dell'esame.

INFORMAZIONI CLINICHE RELATIVE ALLO STATO DI SALUTE CHE POSSONO INTERFERIRE CON IL REGOLARE SVOLGIMENTO DELL'ESAME:

Patologie del sangue e coagulazione?	SI	NO
Uso cronico di antiaggreganti o antiinfiammatori (<i>Aspirina, Plavix e/o simili</i>) ?	SI	NO
Uso di anticoagulanti orali (<i>Coumadin – Sintrom – Pradaxa – Xarelto – Eliquis</i>) ?	SI	NO
Portatore di stimolatore cardiaco? (<i>Pace maker</i>)	SI	NO
Malattie cardiovascolari o delle valvole cardiache?	SI	NO
Patologie respiratorie ?	SI	NO
Ernie?	SI	NO
Interventi chirurgici addominali?	SI	NO
Protesi dentarie mobili	SI	NO
Altre patologie (<i>Glaucoma, Diabete...</i>)	SI	NO
Gravidanza in corso	SI	NO
Allergie a farmaci ? Se si quali:.....	SI	NO
Farmaci assunti:	SI	NO

CONSENSO ALLA PROCEDURA

- Dichiaro di essere stato adeguatamente informato con adeguato anticipo e di aver compreso:
- l'indicazione clinica all'esecuzione della procedura
- la tipologia ed organizzazione dell'ambulatorio di endoscopia
- le caratteristiche dell'esame e delle procedure integrative
- la possibilità che vengano eseguite procedure integrative (biopsie – polipectomie, dilatazioni) o la possibilità, in caso di necessità, di infusione di sangue o emoderivati.
- eventuale necessità di eseguire altre indagini nel caso di non completamento o insuccesso della procedura
- esistenza di alternative diagnostico terapeutiche alla procedura con specifici limiti e vantaggi
- possibile evoluzione della malattia/quadro clinico in caso di mancata esecuzione della procedura
- possibilità di revocare il consenso durante l'esecuzione della procedura
- i rischi, le potenziali complicanze e la mortalità correlate all'esame e alle procedure integrative.

Sono stato inoltre informato che in caso di complicanze potrebbe essere necessario un trattamento medico, chirurgico o radiologico immediato o differibile in relazione alla situazione verificatasi, eseguibile presso la stessa struttura ospedaliera o in altro ambiente. Mi è stato inoltre spiegato che, ove sopravvenisse una condizione clinica che imponga decisioni di emergenza (stato di necessità) i sanitari procederanno secondo la migliore pratica per la salvaguardia della mia salute.

- **sono stato altresì informato che nel caso di esecuzione di biopsie e/o altre manovre operative non potrò assumere cibi e/o bevande calde per le 24 ore successive.**

Data.....

Firma.....

CONSENSO ALLA SEDAZIONE / ANALGESIA

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; 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. 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 infiammazione della vena. 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.**

Data

Firma.....

CONSENSO INFORMATO AD EVENTUALI PROCEDURE STRETTAMENTE CORRELATE ALL'ESAME

Ai fini diagnostici e terapeutici, lo specialista potrà, in corso di intervento/esame, procedere a polipectomie, dilatazioni o biopsie.

NEL CASO VENGANO ESEGUITE BIOPSIE O POLIPECTOMIE , SI RENDE NOTO CHE:

- **i non esenti dovranno pagare, oltre al ticket della prestazione, anche il ticket dell'esame biptico e dell'esame istologico**
- l'esito dovrà essere ritirato direttamente dal paziente o da un delegato con delega e documenti di entrambi;
- l'esito dell'esame endoscopico e dell'eventuale esame istologico dovranno essere portati in visione al medico curante per le opportune valutazioni

DICHIARAZIONE DEL PAZIENTE:

Dichiaro di aver compreso le informazioni verbali e scritte comunicate dagli operatori e di acconsentire ai trattamenti sopra indicati.

Data.....

Firma del paziente

Firma del tutore o genitore

Firma del testimone

Firma dell'interprete(che dichiara di aver compreso e trasmesso le informazioni di cui sopra al paziente)

Data

Firma e timbro del medico.....

REVOCA DEL CONSENSO IN CORSO DELL'ESAME

Data

Firma

RINUNCIA ALL'INFORMAZIONE

Dichiaro ai fini dell'acquisizione del consenso di aver piena fiducia nelle scelte e nell'operato dei Sanitari e di aver quindi rinunciato consapevolmente a qualsiasi informazione dai medesimi proposta

Data

Firma