

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

MODULO DI CONSENSO INFORMATO ALLA PROTESI ESOFAGEA

Egregio Signore/Sig.ra,

Per la patologia di cui è affetto, è stato proposto l'inserimento endoscopico di una protesi esofagea; Per protesi esofagea si intende un piccolo tubo di metallo o plastica inserito all'interno dell'esofago attraverso un gastroscopio con il quale sarà possibile visualizzare tutto l'esofago e valutare la presenza e lunghezza di un eventuale tratto ristretto. L'esame verrà effettuato con l'ausilio di apparecchio radiografico che consentirà di visualizzare l'esatto posizionamento della protesi. Attraverso il gastroscopio verrà inserita una guida metallica all'interno dell'esofago, su cui poi verrà fatta scivolare la protesi. Talvolta, prima di introdurre la protesi, può rendersi necessario dilatare il tratto ristretto con appositi sistemi (dilatatori). La protesi, inizialmente chiusa, viene fatta passare attraverso la stenosi e quindi, una volta raggiunta la posizione desiderata, viene aperta lentamente. Al termine della procedura dovrà rimanere a digiuno per 12-24 ore. La ripresa dell'alimentazione sarà progressiva, inizialmente liquida e solo dopo alcuni giorni solida. Consigliamo comunque di evitare la assunzione di bocconi particolarmente grandi, soprattutto di carne, pane o altri alimenti solidi che potrebbero arrestarsi nella protesi.

Come sarò preparato per l'esame? Per effettuare l'esame dovrà rimanere digiuno dalla sera prima. Saranno, inoltre, effettuati alcuni esami ed indagini che forniranno informazioni sul suo stato di salute. Durante l'esame le verranno somministrati dei farmaci che, pur non addormentandola, l'aiuteranno a tollerare agevolmente l'esame. Il tipo di farmaci e il livello di sedazione, verranno decisi al momento dell'esame in base alle sue caratteristiche cliniche. La durata dell'esame è molto variabile e comunque non prevedibile (generalmente dura dai 10 ai 30 minuti). Durante l'esame potrà percepire fastidio alla gola nel momento del passaggio dell'endoscopio e della protesi, talvolta dolore al torace dopo la dilatazione della stenosi. Al termine dell'esame potrebbe rimanere stordito per qualche ora a causa dei farmaci somministrati e potrà accusare per alcune ore una lieve dolenza al torace e all'addome.

Quali sono i rischi della protesi? L'inserzione di una protesi esofagea è una procedura sostanzialmente sicura ma, analogamente a tutti gli atti medici, può dar luogo a possibili complicanze.

Le complicanze più gravi del trattamento endoscopico delle stenosi dell'esofago sono la perforazione e l'emorragia, che insorgono in circa il 5% dei trattamenti. Entrambe queste complicanze possono essere trattate con terapia medica o con l'endoscopia, ma in alcuni casi potrebbe rendersi necessario un intervento chirurgico che permetta di chiudere la perforazione e ripulire la cavità toracica del materiale che è fuoriuscito dall'esofago. Altra possibile complicanza è lo scivolamento della protesi rispetto alla posizione in cui è stata messa, generalmente in questo caso è possibile riportare la protesi nella posizione corretta o rimuoverla definitivamente con l'endoscopio.

Nonostante le suddette complicanze, la protesi è il modo più semplice per risolvere una stenosi esofagea e per consentire la ripresa normale una alimentazione.

Quale è l'alternativa alla protesi? Se dovesse rinunciare a sottoporsi alla protesizzazione dell'esofago le verrà proposto come alternativa l'introduzione di alimenti attraverso un ago posizionato in una vena del braccio o del collo (nutrizione parenterale), certamente più fastidioso e meno efficace di nutrirla in modo adeguato, o un intervento chirurgico molto più rischioso e fastidioso.

Prima dell'esame avrà modo di ottenere ogni ulteriore spiegazione dal colloquio con il Medico Endoscopista che condurrà l'esame.

Sul retro del presente foglio illustrativo troverà il modulo del "consenso informato" che dovrà essere debitamente compilato e firmato prima di eseguire l'esame.

ATTENZIONE !!!

QUESTO MODULO DEVE ESSERE COMPILATO E CONSEGNATO AGLI OPERATORI PRIMA DI ESEGUIRE L'ESAME ENDOSCOPICO

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| - Soffre di patologie del sangue e coagulazione? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - Fa uso cronico di antiaggreganti o antiinfiammatori (Aspirina e/o simili) ? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - Fa uso di anticoagulanti orali ? (Coumadin - Sintrom) | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - Soffre di allergie a farmaci ? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - Soffre di malattie cardiovascolari o delle valvole cardiache? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - Soffre di patologie respiratorie ? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - Soffre di glaucoma o patologie prostatiche ? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - E' portatore di protesi dentarie mobili ? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

**NEI PAZIENTI PORTATORI DI PROTESI VALVOLARI O AFFETTI DA PATOLOGIE VALVOLARI CARDIACHE
EFFETTUARE LA CONSUETA PROFILASSI ANTIBIOTICA (SU INDICAZIONE DEL CARDIOLOGO)**

MODULO DI CONSENSO ALL' ATTO MEDICO

Il/la Sottoscritto/a

dichiara di essere stato/a informato/a in modo chiaro e comprensibile dal Dott. che per la patologia riscontratami e/o per il quadro clinico in atto, è opportuna l'esecuzione di posizionamento di endoprotesi esofagea

Dichiaro inoltre di essere stato/a informato/a sull'esperienza dell'operatore, sull'organizzazione della struttura, sul tipo di anestesia / sedazione cui verrò sottoposto/a, sulle modalità di esecuzione dell' esame.

Di quanto prospettato mi sono stati spiegati gli obiettivi, i benefici, gli eventuali rischi, complicanze, insuccessi, prevedibili conseguenze e il loro trattamento, gli esami alternativi e i loro limiti.

Sono comunque consapevole che, presentandosi la necessità di salvarmi da un pericolo imminente e non altrimenti evitabile e/o di un danno grave alla mia persona, verranno poste in atto tutte le pratiche ritenute idonee a scongiurare tale pericolo.

Ciò premesso acconsento al trattamento proposto.

FIRMA LEGGIBILE DEL PAZIENTE O TESTIMONE

FIRMA DEL MEDICO

Data:/...../.....