



**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@alscn2.it – Tel.0172 1408627 – 0172 1408118

**Direttore** M. A. La Terra

**Coordinatore** G.Tonti

**Staff Medico** Tel. 0172 1408116

**Staff Infermieristico** Tel. 0172 1408117

**CONSENSO INFORMATO AL POSIZIONAMENTO DI PEG**

Il/la sottoscritto/a.....sono stato informato dal Dr.....circa la natura della procedura ed il metodo con il quale viene attuata, le problematiche cliniche che ne giustificano l'effettuazione, i rischi a essa connessi e le eventuali alternative possibili.

Sono in particolare stato informato:

- Che la procedura comporta deglutizione di un sottile tubo flessibile (gastroscopio a visione frontale) che sarà fatto procedere attraverso l'esofago stomaco e duodeno per esplorarli.
- Che sarà effettuata, successivamente, l'anestesia locale in un punto della parete addominale identificato mediante transilluminazione, per introdurre un'agocannula che oltrepassi la parete stessa e giunga fino alla cavità gastrica.
- Che viene fatto scorrere, attraverso l'agocannula, un apposito filo che viene afferrato dal gastroscopio ed estratto dalla bocca a cui viene legata la sonda gastrostomica: questa verrà trascinata all'interno del lume gastrico e ivi posizionata, così da consentire l'introduzione degli alimenti direttamente nello stomaco.
- Che durante la procedura verrò sottoposto ad anestesia locale del cavo orale e della gola e a una sedazione farmacologica per via endovenosa.
- Che dovrò essere a digiuno dalla sera precedente la procedura, aver effettuato un controllo dell'emocromo e dei fattori della coagulazione ed essere stato sottoposto a profilassi antibiotica.
- 

Sono stato, inoltre, informato:

- Dei disturbi che potrò avvertire durante la procedura.
- Del diritto di poter ritirare il mio consenso in qualsiasi momento senza fornire alcuna motivazione.
- Delle norme igieniche e delle manovre utili ad un corretto uso e mantenimento della PEG.

Mi viene confermato che sarà presente durante l'esecuzione della procedura personale qualificato a far fronte a qualsiasi necessità clinica e che verranno utilizzate le apparecchiature tecniche conformi alle necessità specifiche.

Io sottoscritto..... Nato il.....

Letto quanto sopra con quanto allegato e ritenendo di averlo correttamente compreso e ottenuto i chiarimenti richiesti

ACCONSENTO ad essere sottoposto a

**GASTROTOMIA PERCUTANEA ENDOSCOPICA (PEG).**

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)

Sottoscrive il sanitario che ha raccolto il consenso e fornito le informazioni.

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 .....