

SERVIZIO SANITARIO-REGIONE SARDEGNA  
P.O. SAN MARTINO  
**U.O.D. DI ENDOSCOPIA DIGESTIVA**  
*Responsabile Dott.ssa Federica Miculan*

**CONSENSO INFORMATO ALLA GASTROSCOPIA**

Sig./Sig.ra\* \_\_\_\_\_ N  
ato/a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_,  
Via/le-P.zza-Loc. \_\_\_\_\_, N° \_\_\_\_\_,  
Telefono \_\_\_\_\_

**C.F.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

\*→ si ricorda di scrivere i dati per esteso senza punti con penna ad inchiostro nero, in stampatello ben leggibile. In caso di pazienti di età inferiore ad anni 18 o in stato di incapacità legale (interdetto o inabilitato) e salvo la ricorrenza dello stato di necessità, il consenso dovrà essere prestato dal genitore esercente la potestà genitoriale o dall'Autorità Tutoria. Nel caso in cui il paziente non sia interdetto né inabilitato e tuttavia si trovi in stato di incapacità naturale (non in grado di intendere volere), salvo la ricorrenza dello stato di necessità, il consenso all'esame dovrà essere prestato da un curatore appositamente nominato dal Tribunale competente.

**PRENOTAZIONE**

Il Suo esame è stato prenotato secondo le modalità segnate sul modulo allegato. Si prega di portare tutti i referti di eventuali esami precedenti ed ogni altra documentazione relativa, per aiutare il Medico esaminatore nella sua funzione. L'orario della prenotazione è indicativo in quanto l'esame ha una durata variabile e non sempre prevedibile; inoltre 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 ciò dovesse accadere; garantiamo comunque il massimo impegno da parte di tutto il Personale per lo svolgimento delle procedure nel migliore modo possibile. La preghiamo inoltre, dopo aver letto attentamente questo modulo informativo, di compilare il questionario sottostante. Qualora rimanessero dubbi o incertezze, La preghiamo di farcelo sapere. Il giorno dell'esame, prima della procedura, le verrà richiesto di esprimere in maniera esplicita il consenso alla procedura stessa, con una firma, secondo quanto disposto dalla legislazione attuale.

**QUESTIONARIO** (da compilarsi a cura del Paziente o del Medico Curante)

Questa indagine serve a migliorare la sicurezza diagnostica ed operativa dell'esame endoscopico. Le risposte fornite sono coperte da segreto professionale e non costituiscono oggetto di schedatura. Il Paziente può pertanto rispondere in tutta serenità.

|  |    |    |
|--|----|----|
| -avete avuto problemi di natura allergica?   | SI | NO |
| -siete stati affetti da Epatite virale o ne siete portatori? (in caso di risposta affermativa, siete pregati di portare la documentazione il | SI | NO |

|   |    |    |
|---|----|----|
| giorno dell'esame)  |    |    |
| -sapete di essere sieropositivi per gli anticorpi del Virus dell'A.I.D.S.?  | SI | NO |
| -siete affetti da Tubercolosi polmonare in fase attiva?   | SI | NO |
| -siete portatori di stimolatore cardiaco (Pace Maker)?  | SI | NO |
| -siete affetti da vizio valvolare cardiaco? (*1)  | SI | NO |
| -siete portatori di Protesi valvolare cardiaca? (*2)  | SI | NO |
| -siete in terapia con farmaci anticoagulanti (Coumadin, Sintrom) o antiaggreganti (Aspirina, Tiklid, Ibustrin ecc.)? (*3) | SI | NO |

*\*1; \*2: i pazienti affetti da patologia valvolare cardiaca o portatori di protesi valvolari sono tenuti ad eseguire profilassi antibiotica secondo una eventuale prescrizione del cardiologo di fiducia.*

*\*3: i pazienti in terapia con antiaggreganti devono sospendere la stessa 1 settimana prima dell'esame, chi è in terapia anticoagulante dovrà sospendere l'anticoagulante stesso e praticare eparina sottocute fino a 12 ore prima della procedura endoscopica, per evitare di ripetere l'esame in caso sia necessario eseguire manovre operative.*

### **Cos'è la gastroscopia (EGDS)?**

L'esofagogastroduodenoscopia (EGDS) è un esame usato nella diagnosi delle malattie dell'esofago, dello stomaco e del duodeno (malattia da reflusso, ulcere dello stomaco e del duodeno, neoplasie benigne e maligne, gastriti croniche, malattia celiaca etc...).

Si esegue introducendo un endoscopio (cioè un sottile tubo molto flessibile della lunghezza di 100 cm), attraverso la bocca o il naso, negli organi suddetti: la visione dell'interno degli organi è diretta, mediante un sistema elettronico (una microtelecamera posta sulla punta dell'endoscopio). Gli organi vengono lievemente insufflati di aria per permetterne una più accurata visione; l'aria verrà riaspirata prima del termine dell'esame.

Se ritenuto necessario dal Medico operatore, durante l'esame potranno essere eseguite della biopsie (cioè piccoli prelievi della mucosa con delle apposite pinze per eseguire un esame istologico al microscopio) o essere effettuate altre manovre terapeutiche (per esempio l'asportazione di polipi, il trattamento di lesioni sanguinanti).

Per quanto riguarda la possibilità di trasmissione di infezioni (da batteri, virus, funghi), questo rischio è ridotto al minimo in quanto lo strumento viene lavato e disinfettato dopo ogni esame con una speciale lavatrice (il ciclo dura circa 45 minuti); tutti gli accessori utilizzati (pinze per biopsia, anse per polipectomia, aghi per iniezione ecc.) o sono monouso oppure vengono sterilizzati in autoclave (come gli strumenti usati in sala operatoria).

A seconda delle tecniche cui verrà sottoposto e della Sua fascia di reddito e di età, verrà applicato un importo di ticket conforme alle norme vigenti sia per l'EGDS sia per eventuali manovre terapeutiche effettuate (biopsie, polipectomie ecc.).

### **Come ci si prepara?**

Per permettere una visione ottimale, non deve mangiare o bere nulla (eccetto acqua) dalle ore 20.00 del giorno precedente l'esame. Può assumere medicinali, se indispensabili, ma non deve assumere antiacidi (tipo Maalox e simili) o carbone vegetale.

### **Come si svolge l'esame?**

Dietro Sua richiesta, il Medico e/o gli Infermieri della sala di endoscopia Le spiegheranno ulteriormente la procedura e risponderanno alla Sue domande. È inoltre importante che informi il personale se è già stata sottoposta ad altri esami endoscopici o se ha manifestato in altre occasioni allergie a medicinali. Dovrà togliere gli occhiali e la protesi dentaria (se mobile).

Per l'esecuzione dell'esame Le verrà dapprima spruzzato in bocca un'anestetico locale, sotto forma di spray, per renderle insensibile la gola ed eliminare il riflesso del vomito; verrà quindi fatta sdraiare su di un lettino, sul fianco sinistro. Se ritenuto necessario Le verrà iniettato endovena un farmaco sedativo e/o un antispastico per renderLa rilassata, in modo da non accusare disturbi. Durante l'esecuzione dell'indagine il Paziente sarà sottoposto a

monitoraggio della saturazione, della frequenza cardiaca e se ritenuto necessario del tracciato ECG. Le verrà posto un boccaglio di protezione (per lo strumento) tra i denti ed il Medico introdurrà l'endoscopio, attraverso la bocca, nell'esofago: è questo l'unico momento "fastidioso" di tutto l'esame, che può essere agevolmente superato collaborando con il Medico. L'endoscopio non interferirà minimamente con la respirazione e non Le causerà alcun dolore. L'esame durerà mediamente 5-10 minuti. Durante l'esecuzione dell'esame è importante che Lei continui a collaborare con il Medico, ascoltando ed applicando i consigli che le verranno suggeriti: in tal modo verranno ridotti al minimo o annullati i piccoli fastidi direttamente legati alla procedura (presenza dello strumento nella gola, tosse, conati di vomito), contribuendo a rendere l'esame più rapido e, soprattutto, più accurato. A questo punto è importante precisare che sia la gastroscopia che le procedure terapeutiche a cui si viene sottoposti non comportano alcuna sensazione dolorosa per il paziente, ma al massimo causano un breve prolungamento della durata dell'esame.

### **Cosa bisogna fare dopo l'esame?**

La gola risulterà anestetizzata per 40-60 minuti: a causa di ciò non dovrà assumere niente per bocca per almeno 1 ora.

A causa del rallentamento dei riflessi provocato dal sedativo che Le potrà essere somministrato all'inizio dell'esame, non dovrà guidare veicoli per 24 h né svolgere attività che richiedano una particolare attenzione. È pertanto consigliabile venire accompagnati, o comunque disporre di non essere costretti a guidare veicoli subito dopo l'esame.

Il referto dell'esame eseguito Le sarà consegnato al termine dell'esame. Verranno poi programmati dal Medico, se necessario, eventuali controlli da effettuare. Qualora durante l'esame venissero eseguiti dei prelievi biotici per esame istologico, sarà avvertita al termine della procedura e potrà ritirare il relativo referto presso lo stesso ambulatorio di Endoscopia digestiva nella data programmata dal Medico.

### **Quali possono essere le complicanze legate alla procedura?**

Trattandosi dell'introduzione attraverso il tubo digerente di una sonda esplorante, l'esame non è del tutto privo di possibili complicanze. Tali complicanze si presentano con maggiore frequenza e gravità nel caso in cui l'esame venga condotto su pazienti anziani, o in condizioni generali compromesse per la presenza di gravi malattie e di particolari fattori di rischio personali. Vengono pertanto elencate le possibili complicanze secondarie all'esecuzione della gastroscopia (in accordo con i criteri della Società italiana di chirurgia).

#### **Complicanze endoscopiche:**

- **Emorragie in corso di esame:** possono avvenire dopo conati di vomito o dopo biopsie specialmente in pazienti affetti da malattie del fegato, o in trattamento anticoagulante o antiaggregante o per rottura spontanea di varici. Non sempre un'emorragia può essere controllata definitivamente per via endoscopica e può richiedere un atto chirurgico o emotrasfusioni, con conseguente rischio infettivologico.

- **Rottura del faringe, dell'esofago, dello stomaco e del duodeno:** è un evento raro, ma possibile, in presenza di diverticoli o qualora si trovino difficoltà nel passaggio dello strumento in presenza di neoplasie, di incoordinazione motoria o di esiti di radioterapia. Questo rischio aumenta in condizioni di emergenza e quando il paziente non sia in condizioni di collaborare. Può essere un evento grave e richiedere un trattamento chirurgico.

#### **Complicanze di tipo medico:**

- **Cardiache, respiratorie o neurologiche:** sono legate all'aggravamento di una malattia preesistente.

- **Reazioni allergiche, o comunque patologiche a farmaci.**

- **Inalazione di materiale gastrico o sangue:** può avvenire in corso di esami urgenti in pazienti inconsci e può essere motivo di gravi complicazioni cardiorespiratorie.

- **Batteriemie:** Tutti gli esami endoscopici comportano transitori passaggi in circolo di germi a partenza dal tubo digerente ed è necessario che i portatori di difetti valvolari o di protesi cardiache si sottopongano a profilassi antibiotica.

- **Altre complicanze possono essere rappresentate da:**

---

---

**Dichiaro** che l'endoscopista mi ha sufficientemente informato/a sull'incidenza che hanno queste complicanze (anche nella sua Unità Operativa), spiegandomi come l'esame endoscopico e le procedure ad esso collegate, benché eseguite con tecnica rigorosa non possano considerarsi esenti da rischi e che la frequenza delle complicanze può essere aumentata dalla/e malattia/e associata/e di cui sono affetto/a: \_\_\_\_\_

---

Ciò premesso, dichiaro di essere stato/a invitato/a a leggere con molta attenzione quanto riportato in questo scritto che corrisponde, per altro, a quanto ampiamente spiegatomi oralmente. Dichiaro altresì di aver ben compreso il significato di quanto mi è stato esposto e di non avere ulteriori chiarimenti da avanzare oltre a quelli che mi sono stati già forniti.

Quindi, consapevolmente **Acconsento** **Non Acconsento** all'esame endoscopico propostomi, che verrà praticato dall'Equipe di questa Unità.

**Autorizzo** **Non Autorizzo** l'utilizzo dei prelievi cito-istologici effettuati durante l'EGDS, al fine di formulare un diagnosi, ma anche per procedure finalizzate al miglioramento delle conoscenze in campo scientifico.

**Acconsento** **Non Acconsento** che nel corso della procedura diagnostica vengano eseguite riprese filmate e/o fotografiche e che queste vengano utilizzate in ambito medico per migliorare le conoscenze scientifiche nel completo riserbo della mia privacy.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma del Medico

Firma del/della Paziente

---

Firma del testimone

---