

Endoscopia Digestiva - Esofagogastroduodenoscopia			
Revisione	00	del 12.10.22	MOD. VF_MOD CONS 21



Informativa per Endoscopia Digestiva - Esofagogastroduodenoscopia

IN COSA CONSISTE:

è la procedura diagnostica di scelta nello studio dell'esofago, dello stomaco e del duodeno. Posizionato il paziente sul fianco sinistro, viene introdotto per via orale il gastroscopio (strumento flessibile di calibro inferiore al centimetro), senza causare alcuna difficoltà alla respirazione, ed avanzato lentamente ad ispezionare faringe, esofago, stomaco e duodeno. Si ricercano eventuali patologie e quando necessario si eseguono in modo del tutto indolore dei prelievi di tessuto (biopsie) da inviare ad esame istologico per ulteriore approfondimento diagnostico. Un fastidio può essere dato dalla comparsa di conati di vomito al passaggio dello strumento in cavità orofaringea, che comunque cessano se il paziente collabora con respiri lenti e profondi. In seguito sarà invece avvertita unicamente una modesta distensione causata dalla insufflazione di aria. L'esame non provoca dolore e dura all'incirca 2-3 minuti. Trascorsa una decina di minuti, il paziente può alimentarsi. Nessun'altra metodica permette una valutazione tanto accurata o la possibilità di eseguire biopsie mirate. È possibile inoltre effettuare la ricerca dell'*Helicobacter Pylori*, agente etiologico di un'infezione risultata responsabile dell'ulcera peptica e del cancro gastrico.

QUANDO È INDICATA:

Eeguire la gastroscopia è fondamentale in caso di dolore nella parte superiore dell'addome, di nausea, vomito, difficoltà nella deglutizione o nella ricerca di fonti di sanguinamento. È più accurata degli esami radiologici nella valutazione di ulcere, infiammazioni e tumori dell'esofago, stomaco e duodeno.

QUALI SONO I RISCHI:

La gastroscopia può essere ritenuta una procedura sicura, ed eventuali rischi riguardano unicamente le condizioni generali del paziente o l'esecuzione di atti interventistici.

Complessivamente le complicanze relative alla EGDS sono rare (0,081-0,13% nelle diagnostiche ed il 2,2% nelle operative) e possono essere cardio-respiratorie (0,006-0,07%), infettive (0-0,008%), emorragiche (0,003-0,03%), perforative (0,01%). Nella maggior parte dei casi le complicanze si risolvono dopo un periodo di osservazione in ambulatorio o un breve ricovero in ospedale, ma in alcuni casi può essere necessario l'intervento chirurgico d'urgenza.

La mortalità, infine, è stimata essere dello 0,005-0,007%.

Endoscopia Digestiva - Esofagogastroduodenoscopia			
Revisione	00	del 12.10.22	MOD. VF_MOD CONS 21



Foglio 1/2

CONSENSO INFORMATO ESAMI ENDOSCOPICI

Io sottoscritto/a _____ dichiaro di essere stato/a informato/a dal Dott. _____ in modo chiaro e a me comprensibile, che, per il quadro clinico in atto è opportuno eseguire la seguente procedura endoscopica:

- Esofago-gastro-duodenoscopia con eventuali biopsie
- Colonscopia con eventuali biopsie
- Asportazione endoscopica di polipi
- Trattamento endoscopico di lesioni sanguinanti
- Altro

Dichiaro inoltre di essere stato/a informato/a sul tipo di strumento e sulla loro disinfezione, sul metodo operativo e sul tipo di sedazione/anestesia cui sarò sottoposto/a e che tale tecnica concordata potrà essere modificata dall'anestesista o dall'operatore, qualora essi lo ritenessero necessario.

Mi sono stati spiegati gli obiettivi, i vantaggi e gli svantaggi, i rischi generici e specifici, le possibili complicanze immediate e future connesse alla procedura endoscopica o alla mancata esecuzione della procedura, **sono stato informato in merito alle alternative diagnostiche o terapeutiche** e dell'eventualità di un successivo intervento chirurgico o di altri trattamenti, in caso di fallimento, o insuccesso.

Sono altresì informato/a della possibile indicazione alla trasfusione di sangue o emoderivati e dei relativi rischi, ove richiesta dal mio stato di salute.

Sono consapevole, inoltre che, in caso di sedazione, nelle 24 ore successive all' esame, non dovrò guidare e utilizzare apparecchiature potenzialmente pericolose e della opportunità di essere accompagnato.

Ciò premesso acconsento all'esame/trattamento/sedazione/anestesia che mi sono stati proposti e di sottopormi ad eventuali misure terapeutiche che si rendessero necessarie nel corso o dopo la realizzazione della procedura.

Autorizzo, inoltre, il medico ad effettuare tutte le manovre non previste a priori, ma da lui ritenute utili al fine di evitare una ripetizione della procedura.

Acconsento **Non Acconsento**

Data: _____ Perugia: _____

Firma del paziente, dei genitori o del tutore legale _____

Firma del medico _____