CastelfrancoMedica
POLIAMBULATORI

CASTELFRANCO MEDICA S.r.l. Unipersonale
Viale Europa, 34 | 31033 **Castelfranco Veneto** TV
Cap. Soc. € 20.000 | Cod. Fisc. e P. IVA 04914920261
Direttore Sanitario ***Dott. Sante TOSETTO***

Centro Unico Prenotazione
042433477

From Cure to Care
PRENOTA ONLINE
www.romanomedica.it
info@romanomedica.it

SCHEDA INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO PER ESECUZIONE DI ESOFAGO-GASTRO-DUODENOSCOPIA (EGDS)

CHE COS'È?

L'EGDS è una indagine endoscopica che utilizza uno strumento tubolare flessibile (gastroscopio: di circa 9 mm di diametro) manovrato dal medico e che, entrando attraverso la bocca, permette di esplorare l'interno della prima parte del tubo digerente (esofago, stomaco e duodeno).

PERCHÉ SI ESEGUE?

L'esame viene eseguito per valutare la causa di vari disturbi (es.: dolore addominale alto, bruciore, nausea, vomito, difficoltà alla deglutizione, sospetto sanguinamento o altro...); talora, ad integrazione diagnostica, vengono eseguite delle biopsie (ovvero piccoli prelievi della superficie mucosa del tubo digerente, del tutto indolori).
È un esame più accurato e attendibile della radiografia, rispetto alla quale dà molte più informazioni: consente di valutare le lesioni/infiammazioni di esofago, stomaco e duodeno, la presenza di Helicobacter pylori, causa di infezione dello stomaco associata o meno a gastrite; inoltre è un esame importante nella prevenzione o diagnosi precoce dei tumori.
L'esame va eseguito a digiuno dalla mezzanotte precedente se esame programmato al mattino; per gli esami programmati dalle ore 13:00 in poi è necessario il digiuno da almeno 8 ore.
Si raccomanda comunque che l'ultimo pasto prima dell'esame sia particolarmente leggero.
Eventuali farmaci possono essere assunti sino a 2 ore prima dell'esame con un po' d'acqua.
Se assume terapie influenti sulla coagulazione del sangue (anticoagulanti o antiaggreganti), si rivolga al Medico Curante per avere precise indicazioni su eventuali sospensioni o sostituzioni; se è portatore di pace-maker cardiaco o ha malattie delle valvole cardiache, potrebbe essere necessaria una consulenza cardiologica.

MODALITÀ DI SVOLGIMENTO DELL'ESAME

In sala endoscopica, dopo aver parlato con il Medico, le verrà chiesto di firmare il modulo di consenso all'esame.
Prima dell'esecuzione dell'endoscopia Le verrà spruzzato in gola uno spray anestetico, che ridurrà il senso di fastidio al passaggio dell'endoscopio.
La gastroscopia è una procedura endoscopica invasiva in genere ben tollerata e di breve durata che, in base alle preferenze del paziente, può essere eseguita senza sedazione oppure in sedo-analgesia (sedazione cosciente) oppure in sedazione profonda con assistenza anestesiologica. Queste modalità di sedazione prevedono la somministrazione endovenosa di farmaci rilassanti, antidolorifici, ipnotici che presso il nostro servizio di endoscopia digestiva vengono sempre gestiti mediante costante assistenza anestesiologica.
Le verrà chiesto di stendersi sul fianco sinistro e di trattenere tra i denti un particolare boccaglio, attraverso il quale verrà introdotto l'endoscopio. Questo non interferirà assolutamente con la Sua capacità di respirare e sarà invitata a mantenere un ritmo di respiro regolare per contrastare i possibili conati di vomito.
L'esame può risultare fastidioso, ma non è affatto doloroso.
L'esame standard dura mediamente 5 minuti; i tempi si allungano qualora fossero necessarie procedure operative.
Con l'aiuto di idonei accessori, che passano attraverso il canale operativo dell'endoscopio, sono possibili alcuni tipi di interventi:

- prelievi bioptici, completamente indolori, di solito per valutazione microscopica di stato di infiammazione della mucosa allo scopo di personalizzare la terapia;
- asportazione indolore di polipi con successiva valutazione microscopica della mucosa;
- trattamenti antiemorragici, dilatazione di restringimenti del canale alimentare, posizionamento di protesi, legatura elastica o sclerosi di varici esofagee o gastriche,rimozione di corpi estranei.

Durante l'esame potrebbero rendersi necessarie inoltre:

- la somministrazione di eventuali altri farmaci in base alla necessità clinica su indicazione del Medico endoscopista
- la raccolta di immagini per documentazione.

DOPO L'ESAME

Una modesta sensazione di fastidio in gola e di gonfiore allo stomaco possono essere gli unici disturbi residui alla fine della gastroscopia, ma in genere passano velocemente; dopo una decina di minuti sparisce la sensazione dell'anestesia in faringe, e Lei potrà mangiare (salvo diverse indicazioni per situazioni particolari).
Se eseguirà l'esame ambulatorialmente in sedazione cosciente o profonda, Lei rimarrà in osservazione presso la sala risveglio per il tempo ritenuto necessario alla ripresa (variabile da 20 a 40 minuti, salvo casi particolari).

Il referto dell'esame Le sarà consegnato poco dopo la fine dell'indagine.
Se sono state eseguite biopsie, seguirà relativo referto istologico con commento del Medico endoscopista, che andrà ritirato, previo avviso telefonico, presso la sede dell'Endoscopia dopo 30-40 giorni.

COMPLICANZE POSSIBILI
Generalmente la gastroscopia è un esame sicuro, con complicazioni estremamente rare.
Queste possono essere date da sanguinamenti dalle sedi di biopsia o polipectomia, ma sono quasi sempre di modesta entità e si arrestano spontaneamente o con adeguato trattamento endoscopico in corso dell'esame.
Possibili, anche se rare, sono le complicanze cardiache (tipo aritmie) o polmonari (da inalazione di materiale rigurgitato), sempre in soggetti predisposti.
L'eventuale sedazione cosciente o profonda comporta qualche rischio aggiuntivo (esempio modesta depressione respiratoria...).
Complicazioni gravi come le perforazioni, che richiedono l'intervento chirurgico, sono rarissime.

INFORMAZIONI PER L'UTENTE
Qualora l'indagine venga eseguita in sedazione cosciente o profonda il paziente dovrà obbligatoriamente essere accompagnato da persona in grado di guidare un'auto, perché la sedazione riduce i riflessi rendendo rischiosa la conduzione di veicoli per almeno 12 ore; per lo stesso motivo, dopo l'esame, si raccomanda l'astensione dall'utilizzo di attrezzature o macchinari potenzialmente pericolosi. Per l'esecuzione della procedura endoscopica il paziente deve presentarsi senza smalto semipermanente, gel o acrilico. Questi materiali possono infatti alterare il monitoraggio clinico durante l'esame.

PRENOTAZIONE
Per prenotare l'esame contattare la nostra segreteria al numero **0424 33477** oppure inviare una mail a:
info@castelfrancomedica.it

Qualora Lei fosse impossibilitato a sottoporsi all'esame è tenuto a darne comunicazione almeno 72 ore prima della data prevista telefonando in segreteria al numero **0424 33477** oppure inviare una mail a: **info@castelfrancomedica.it** per permettere di trasferire la Sua prenotazione ad altro paziente in attesa.

CastelfrancoMedica
POLIAMBULATORI

CASTELFRANCO MEDICA S.r.l. Unipersonale
Viale Europa, 34 | 31033 **Castelfranco Veneto** TV
Cap. Soc. € 20.000 | Cod. Fisc. e P. IVA 04914920261
Direttore Sanitario ***Dott. Sante TOSETTO***

Centro Unico Prenotazione
042433477

From Cure to Care
PRENOTA ONLINE
www.romanomedica.it
info@romanomedica.it

Espressione e acquisizione del CONSENSO INFORMATO da parte del paziente per esecuzione di ESOFAGO-GASTRO-DUODENOSCOPIA (EGDS)

Il/La sottoscritto/a

Nome	**Cognome**
Data di nascita	**Cod. Fisc.**

DICHIARA

1. Di aver ricevuto una informazione comprensibile ed esauriente sull'atto sanitario proposto in merito alla patologia di cui sono affetto/a, alla tipologia di procedura diagnostica/terapeutica propostomi, ai benefici attesi ed ai concreti limiti, ai possibili rischi, complicanze, esiti anche negativi, alla possibilità se pur molto rara, che, qualora si creassero condizioni di emergenza (rischio per la vita), si consenta al cambiamento dell'atto sanitario proposto in uno diverso per approccio e svolgimento.
2. Di essere a conoscenza della possibilità di REVOCARE in qualsiasi momento il presente consenso prima della procedura proposta.
3. Di barrare la scelta ☐ **ACCETTO** o ☐ **NON ACCETTO** liberamente, spontaneamente, in piena coscienza riguardo al mio consenso all'atto sanitario propostomi.
4. Di ☐ **non esprimere** o ☐ **poter esprimere ulteriori osservazioni:**

   .....

   .....

5. Di poter richiedere ulteriori spiegazioni/informazioni sull'atto sanitario propostomi

Data	Firma del Paziente

Nel caso di minore/interdetto/inabilitato/etc., barrare la casella di chi firma in vece.	☐ Padre	☐ Madre	☐ Tutore/Curatore	☐ Amm. sostegno

Confermo di aver fornito, mediante un colloquio, informazioni dettagliate sull'accertamento e ritengo che siano state comprese dall'interessato/a.

Nome e Cognome del Medico	*Firma del Medico*