Note informative - ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA con eventuale biopsia

Gentile Paziente,

l'endoscopia dello stomaco, dell'esofago e della parte superiore del duodeno (Esofagogastroduodenoscopia, EGDS) è uno degli esami più importanti e più frequentemente usati per la diagnosi di eventuali malattie del tratto digerente superiore. Questa metodica, mediante un sottile strumento flessibile (l'endoscopio), consente di esaminare il tratto digerente superiore prelevando, se necessario, in modo indolore piccoli campioni di tessuto da sottoporre a esame istologico.

Il medico la informerà durante il colloquio preliminare di ogni fase della procedura rispondendo a qualunque sua domanda.

L'Endoscopia in genere non è dolorosa: tuttavia può causare sensazioni spiacevoli, in particolare conati di vomito durante l'introduzione dello strumento attraverso la bocca. Qualora lo desideri, Le potrà essere somministrato un sedativo; inoltre, le si può anestetizzare localmente la laringe. L'endoscopio viene introdotto nell'esofago attraverso la bocca e la faringe e viene quindi sospinto nell'esofago, nello stomaco e nel duodeno visualizzandone l'avanzamento. Per migliorare la visualizzazione si distendono le pareti dello stomaco introducendo dell'aria. In tutti i pazienti vengono monitorate le funzioni vitali mediante controllo della frequenza cardiaca e della saturazione dell'ossigeno. L'esame endoscopico dura di regola non più di 10 minuti.

QUALI COMPLICAZIONI POSSONO INSORGERE?

Ogni anno vengono condotti milioni di esami endoscopici, e questa procedura è in genere a basso rischio. Poiché il medico lavora monitorando la procedura, è molto raro che gli strumenti determinino ferite o perforazioni della parete dell'esofago, dello stomaco, del duodeno o di altri organi nonché ferite della laringe, anche qualora siano presenti alterazioni patologiche quali stenosi e tumefazioni infiammatorie. Nel caso in cui la parete gastrica o intestinale sia molto sottile (per es. a causa di un'ulcera) l'introduzione di aria può eventualmente determinare la lacerazione. Talvolta queste lesioni causano l'insorgenza di disturbi solo dopo alcuni giorni. In questo caso possono rendersi necessarie appropriate misure terapeutiche ed eventualmente anche un intervento chirurgico. Reazioni cardiocircolatorie e gravi manifestazioni di intollerabilità ai sedativi o agli analgesici nonché altre complicazioni potenzialmente letali (per es. la sepsi in seguito ad un'infezione) sono estremamente rare. Soprattutto in caso di predisposizione emorragica elevata possono manifestarsi occasionalmente emorragie (per es. dopo un prelievo tissutale diagnostico), che in genere possono essere arrestate tempestivamente dall'operatore mediante opportune e collaudate procedure di emostasi endoscopica. I disturbi della deglutizione, la lieve raucedine o il meteorismo che a volte si manifestano dopo l'endoscopia scompaiono spontaneamente dopo alcune ore. In rari casi l'endoscopio o il boccaglio possono causare lesioni dentali. Anche le procedure preparatorie, concomitanti o successive non sono del tutto esenti da rischi. Per esempio, le infusioni e le iniezioni possono causare in rari casi danni tissutali locali (ascessi da iniezione, necrosi, irritazioni o infiammazioni dei nervi e/o delle vene).

SI PREGA DI ESEGUIRE SCRUPOLOSAMENTE QUESTE ISTRUZIONI

COSA FARE PRIMA DELL'ESAME? È necessario essere a digiuno, ovvero non mangiare più alcunché almeno nelle 12 ore precedenti l'esame. È consentito assumere pochi liquidi chiari (es. bevande quali tè non zuccherato, acqua minerale o brodo) fino a 2 ore prima dell'esame, dopodiché rispettare un digiuno assoluto. Chiedere al medico quali farmaci possono o devono essere assunti.

COSA FARE DOPO L'ESAME?
Nel caso in cui sia stata anestetizzata localmente la faringe, non è consentito mangiare e bere per 2 ore. Qualora l'intervento sia stato condotto ambulatorialmente, il paziente deve essere portato a casa da un accompagnatore. Qualora sia stato iniettato un sedativo e/o un analgesico, dopo l'esame il paziente non deve guidare veicoli, usare macchinari e assumere bevande alcoliche per almeno 24 ore. In questo periodo di tempo non devono neppure essere prese decisioni importanti. In caso di malessere (per es. vertigini, nausea), febbre, dolori addominali, emorragie o difficoltà respiratorie (mancanza d'aria, respiro corto) informare immediatamente il medico, anche qualora i sintomi si manifestino solo alcuni giorni dopo l'esame.

ESISTONO ALTERNATIVE ALL'ESAME?
L'alternativa all'esame è l'esecuzione di una Radiografia (RX) del tubo digerente.

Modalità di preparazione - ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA con eventuale biopsia

ATTENZIONE

È STRETTAMENTE NECESSARIO CHE IL PAZIENTE VENGA ACCOMPAGNATO DA PERSONA IN GRADO DI GUIDARE IN QUANTO IL TIPO DI SEDAZIONE UTILIZZATA PER QUESTA PROCEDURA RENDE RISCHIOSA LA CONDUZIONE DEI VEICOLI PER ALMENO 24 ORE

Il giorno dell'esame dovrà presentarsi almeno trenta minuti prima dell'orario dell'esame presso gli sportelli ed effettuare l'accettazione.

MODALITÀ DI PREPARAZIONE

1. **Sospendere l'assunzione di farmaci antiaggreganti ed anticoagulanti nei cinque giorni precedenti l'esame** (consultare il Medico Curante per un'eventuale terapia sostitutiva).

2. **Per i pazienti con appuntamento al mattino:** rimanere a digiuno dalle ore 22.00 del giorno precedente.

È indispensabile bere un bicchiere d'acqua o una tazza di the poco prima di uscire di casa.

3. **Per i pazienti con appuntamento al pomeriggio**: il giorno dell'esame fare una colazione alle 7.00 del mattino con the, latte o camomilla e due fette biscottate o biscotti, dopo di che rimanere a digiuno fino al momento dell'esecuzione dell'esame. È consentito unicamente bere acqua ed è indispensabile bere un bicchiere d'acqua o una tazza di the poco prima di uscire di casa.

È importante:

- Leggere attentamente quanto scritto sul foglio informativo e compilare, se necessita con l'aiuto del Medico Curante, il questionario allegato al consenso informato e firmare dove richiesto prima dell'esame.
- Prendere nota dei farmaci utilizzati e comunicarli tempestivamente al Medico Endoscopista che effettuerà l'esame.

I pazienti diabetici dovranno considerare, qualora facciano uso di insulina e di antidiabetici orali, il ridotto apporto calorico nel giorno precedente l'esame ed adeguare l'assunzione di detti farmaci.

Qualora il paziente fosse impossibilitato a sottoporsi all'esame è tenuto a darne comunicazione immediata telefonando al numero 02-962821.

QUESTIONARIO PRELIMINARE ANAMNESTICO - ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA con eventuale biopsia

la presente scheda è parte integrante della documentazione clinica del Paziente e deve essere riportata obbligatoriamente il giorno dell'esame debitamente compilata e firmata dal paziente o dal medico di medicina generale/specialista. In mancanza di tale scheda non sarà possibile effettuare l'esame.

Cognome e Nome del Paziente _____

Data e luogo di nascita _____ Nazionalità □ Italiana □ Europea □ Extraeuropea

È stato sottoposto ad interventi allo stomaco, all'intestino, al cuore o ai polmoni?	□ SI □ NO
È affetto da una malattia infettiva cronica (per es. epatite, HIV, ecc.)?	□ SI □ NO
Assume **farmaci che influenzano la coagulazione ematica** (per es. anticoagulanti orali, eparina iniettabile, aspirina, clopidogrel o altri analgesici con azione antinfiammatoria), farmaci contro l'ipertensione o la pillola anticoncezionale?	□ SI □ NO
È affetto da una malattia del sangue (per esempio frequenti sanguinamenti dal naso, sanguinamenti prolungati in seguito a piccole ferite, lividi senza causa apparente oppure anemia) o esiste una sindrome emorragica ereditaria in un suo consanguineo?	□ SI □ NO
Presenta un'**allergia** (per es. raffreddore da fieno, asma allergica) o una ipersensibilità nei confronti di alimenti, farmaci, antibiotici, lattice o **anestetici**?	□ SI □ NO
Presenta una malattia cardiaca, circolatoria o polmonare (per es. vizi cardiaci, affezioni delle valvole cardiache, aritmie, angina pectoris, infarto cardiaco, ipertensione, bronchite cronica o asma bronchiale)? Necessita di profilassi antibiotica dell'endocardite **batterica**?	□ SI □ NO
È portatore di pacemaker?	□ SI □ NO
Presenta denti mobili o porta una protesi dentaria?	□ SI □ NO
È affetto da malattie croniche (per es. glaucoma, epilessia)?	□ SI □ NO
È diabetico? Inietta insulina o assume "compresse per il diabete"?	□ SI □ NO
È già stato sottoposto a endoscopia?	□ SI □ NO
In quella occasione è stata accertata una malattia che ha reso necessario un trattamento o successivi controlli? SE SI QUALE:	□ SI □ NO
È stato necessario interrompere precocemente una precedente endoscopia?	□ SI □ NO
Per donne in età fertile: esiste la possibilità che sia in corso una gravidanza?	□ SI □ NO

Elenco completo dei farmaci assunti:

_____

_____

DA COMPILARSI ESCLUSIVAMENTE NEL CASO IN CUI IL QUESTIONARIO VENGA REDATTO DAL MEDICO CURANTE

Medico Curante: _____

Timbro e Firma _____

Data _____

Paziente: _____ Medico esecutore esame: _____

CONSENSO INFORMATO - ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA con eventuale biopsia

Confermo:

- di essere stato adeguatamente informato e di avere compreso e discusso con il medico tutte le informazioni;
- di avere avuto la possibilità di fare domande sul trattamento sedativo e sulle precauzioni da adottare prima, durante e dopo l'intervento e che il medico si è reso disponibile per eventuali ulteriori chiarimenti; • di avere compreso le informazioni circa le complicanze più comuni e prevedibili e che, nel mio caso specifico, consistono in sanguinamento e perforazione;
- **di essere stato esaurientemente informato sui rischi concernenti l'effettuazione dell'esame di Esofagogastroduodenoscopia**

Precauzioni dopo la sedazione

Il paziente dovrà astenersi dalla guida di autoveicoli, nonché prendere decisioni legali nelle 24 ore successive alla sedazione e potrà lasciare la struttura solo se accompagnato.

e che il dottor _____ ha espresso quanto sopra in modo chiaro e comprensibile ed ha risposto esaurientemente ad ogni quesito.

EVENTUALE PRESENZA DI TESTIMONE	EVENTUALE NECESSITA' DI INTERPRETE
☐ si Cognome e Nome Firma_____	☐ si Cognome e Nome Firma_____

QUINDI

☐ ACCONSENTO a sottopormi Presso CODESTA STRUTTURA alla PROCEDURA SOPRA INDICATA	☐ RIFIUTO di sottopormi Presso CODESTA STRUTTURA alla PROCEDURA SOPRA INDICATA
Firma dei Genitori o Giudice Tutelare o Tutore Legale _____	Firma del Paziente _____

Data _____ Firma Medico_____