



Consentement éclairé à l'ŒSOPHAGOGASTRODUODÉNSCOPIE

Je soussigné/e

Né/e le/...../....., résidant à

Tél / Email Email

Parent/Tuteur du/de la patient/e

déclare avoir été informé/e de manière compréhensible, claire et détaillée sur les indications et les modalités de réalisation de l'ŒSOPHAGOGASTRODUODÉNSCOPIE (EGDS), après lecture de ce document et entretien préalable avec le médecin chargé d'effectuer l'examen. L'examen est pratiqué à l'aide d'un instrument flexible introduit par la bouche pour explorer l'œsophage, l'estomac et le duodénum.

J'AUTORISE :

Les actes diagnostiques et les interventions thérapeutiques "à faible risque" (tels que définis dans les directives italiennes et européennes) :

- **PRÉLÈVEMENTS POUR ÉTUDE HISTOLOGIQUE (biopsies) :**
- **RÉSECTION, POLYPECTOMIE, ABLATION de lésions de dimensions standard**

J'ai été informé/e que la procédure comporte certains effets indésirables qui peuvent être graves

- *hémorragie : <10% des procédures thérapeutiques*
- *perforation : 0,5% des examens diagnostics, <2% des procédures thérapeutiques*
- *décès 0,25%.*

J'ai été informé/e de la possibilité de présenter certaines séquelles, à la suite de l'examen, nécessitant notamment une intervention chirurgicale d'urgence et/ou une hémotransfusion.

- **SÉDATION et ANALGÉSIE** visant à réduire la douleur/gêne avec la possibilité d'administrer des médicaments antagonistes pour obtenir un réveil satisfaisant.

J'ai été informé/e que la sédation *modérée/profonde* comporte un risque d'effets indésirables spécifiques :

- *réactions allergiques (bronchospasme et/ou urticaire) ;*
- *variation de la pression artérielle, de la fréquence et du rythme cardiaques ;*
- *arrêt respiratoire et/ou cardiaque (0,001-0,003%) et décès (<0,0003%).*

Si je suis soumis/e à une sédation/analgésie, j'ai été informé/e que je ne pourrai quitter la clinique qu'accompagné/e d'un adulte, qu'il m'est interdit, pendant 12 heures après la sédation, de conduire ou d'effectuer des activités nécessitant un état de conscience/surveillance normal.

En cas de nécessité au cours de l'examen, j'autorise le médecin à prendre, à sa discrétion, des décisions diagnostiques et thérapeutiques autres que celles stipulées.

J'ai eu le temps et la possibilité de poser toutes les questions que je souhaitais à cet égard et j'ai reçu des réponses complètes que j'ai parfaitement comprises et qui m'ont satisfait/e.

Conformément à ce qui précède et en toute liberté de jugement,

Consentement rédigé sur le modèle proposé par la société italienne d'endoscopie digestive (année de révision 2019).

J'ACCEPTE

- **le traitement proposé**, y compris toutes les interventions connexes et complémentaires, tout en ayant la possibilité à tout moment - par le biais d'une déclaration formelle et motivée - de modifier cette décision ;
- **le traitement des données personnelles**, après avoir été informé/e de la réglementation en vigueur en matière de confidentialité des données personnelles et en particulier des données de santé dites sensibles et après avoir lu le décret-loi 196/2003.

Date

Signature du/de la patient/e / tuteur

DÉCLARATION DU MÉDECIN

Je soussigné, Docteur confirme que le/la patient/e a parfaitement compris les informations susmentionnées, y compris les aspects administratifs et médico-légaux et que le/la patient/e peut effectuer l'examen en question.

Indication

Examen précédent.....

Comorbidité

Familiarité K.....

Traitement anticoagulant aspirine ☐ clopidogrel ☐ ; NAO ☐ ; warfarine ☐
en cours ☐ ; suspendu ☐ depuis (nombre de jours) transition vers HBPM ☐

Signature du médecin..... Signature du témoin

Je soussigné/e, après avoir été informé/e par le Docteur

N'ACCEPTE PAS

l'examen endoscopique proposé, tout en étant conscient/e que, même si mon pronostic vital n'est pas engagé, mon refus peut nuire à ma santé. Je comprends que si mon état de santé se dégrade et met ma vie en danger, le personnel médical prendra néanmoins toutes les mesures nécessaires pour traiter et résoudre cette situation conformément à la réglementation en vigueur.

Date

Signature du/de la patient/e/tuteur