

Consenso informato alla ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA

Io sottoscritto
 Nato il/...../....., Residente a
 Tel / Email Email
 Genitore/Tutore del paziente

Dichiaro di essere stato/a informato/a in modo comprensibile, chiaro, esauriente sulla indicazione e modalità di esecuzione della **ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA** (EGDS) tramite lettura di questo documento e colloquio precedente con il medico operatore. La EGDS prevede l'introduzione di uno strumento flessibile dalla bocca per esplorare l'esofago, lo stomaco e il duodeno.

ACCONSENTO A ESEGUIRE

Prelievi diagnostici e/o interventi terapeutici "a basso rischio" (come definito nelle linee guida Italiane ed Europee):

- **PRELIEVI ISTOLOGICI (biopsie)**
- **RESEZIONE, POLIPECTOMIA, ABLAZIONE di lesioni di piccole/medie dimensioni**

Sono stato informato che la procedura è connessa ad alcuni eventi avversi che possono essere gravi:

- *emorragia: <10% per procedure terapeutiche;*
- *perforazione: 0.5% per esami diagnostici, <2% per procedure terapeutiche*
- *mortalità dello 0.25%.*

Sono stato informato che la condizione clinica successiva alla all'esame potrebbe essere caratterizzata da alcune sequele, in particolare intervento chirurgico d'urgenza e/o emotrasfusione.

- **SEDAZIONE e ANALGESIA** finalizzata a ridurre dolore/fastidio con la possibilità di somministrazione di farmaci antagonisti per ottenere un adeguato risveglio.

Sono stato informato che la sedazione *moderata/profonda* è associata a rischi di eventi avversi specifici:

- *reazioni allergiche (broncospasmo e/o orticaria);*
- *alterazione della pressione arteriosa, frequenza e ritmo cardiaco;*
- *arresto respiratorio e/o cardiaco (0.001-0,003%) e mortalità (<0,0003%).*

Se sottoposto a sedo/analgesia, sono stato avvisato che potrò lasciare l'ambulatorio solo se accompagnato da un adulto, che è vietato guidare auto-motoveicoli o eseguire attività che richiedano un normale stato di coscienza / vigilanza nelle 12h successive.

Acconsento che, qualora durante l'esame occorran condizioni di necessità, il medico, a sua discrezione, possa prendere decisioni diagnostiche e terapeutiche diverse da quelle previste.

Ho avuto tempo e modo di porre al proposito tutte le domande che ho ritenuto opportune ed ho ottenuto in merito risposte esaurienti che ho compreso appieno e che mi hanno soddisfatto.

In conformità a quanto sopra comunicatomi e in piena libertà di giudizio,

Consenso redatto sul modello proposto dalla Società Italiana Endoscopia Digestiva (rev. anno 2019)

ACCONSENTO

- **al trattamento proposto**, compresa ogni manovra connessa e complementare, pur potendo in qualunque momento – con dichiarazione formale e motivata – modificare tale decisione;
- **al trattamento dei dati personali**, dopo essere stato informato della vigente normativa in materia di riservatezza dei dati personali ed in particolare di quelli sensibili a carattere sanitario e di aver previo visione del D.lgs. 196/2003.

Data

Firma del paziente/tutore

DICHIARAZIONE DEL MEDICO

Io sottoscritto Dott. confermo che il paziente ha interamente compreso quanto sopra esposto, compresi gli aspetti amministrativi e medico legali, e che l'indicazione all'esame è appropriata:

| | |
|-----------------------|--|
| Indicazione | |
| | |
| Esame precedente..... | |
| | |
| Comorbidità | |
| | |
| Familiarità K | |
| | |
| Terapia antitromb. | aspirina <input type="checkbox"/> ; clopidogrel <input type="checkbox"/> ; NAO <input type="checkbox"/> ; warfarin <input type="checkbox"/> in corso <input type="checkbox"/> ; sospesa <input type="checkbox"/> da n. gg.....; bridge to LMWH <input type="checkbox"/> |

Firma Medico Firma Testimone

Io sottoscritto, informato dal Dott.....

NON ACCONSENTO

a eseguire l'esame endoscopico, pur essendo cosciente che il mio rifiuto può arrecare danno alla mia salute sebbene non mi trovi in imminente pericolo di vita. Prendo atto che se le mie condizioni di salute si aggravassero mettendo in pericolo la mia vita, i sanitari metteranno comunque in atto tutti quei provvedimenti necessari per fronteggiare e risolvere tale situazione in ottemperanza alle norme vigenti.

Data

Firma del paziente/tutore
