

Gentile Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_,  
con la presente La informiamo che Lei è affetto/a da  
\_\_\_\_\_. Per tale  
patologia è prevista l'esecuzione di **MANOMETRIA ESOFAGEA**.

*Etichetta  
nosografica*

### **CHE COS'E' LA MANOMETRIA ESOFAGEA?**

E' un esame che permette lo studio dei meccanismi preposti alla deglutizione e alla funzione di digestione del primo tratto intestinale (esofago-stomaco).

### **PREPARAZIONE**

Digiuno 8 ore prima dell'indagine.

Le terapie domiciliari possono essere regolarmente assunte anche prima dell'esame, compresi i gastroprotettori.

In caso di terapia con anticoagulanti o antiaggreganti, valutare con il curante la possibile sospensione le altre terapie in quanto la non sospensione potrebbe determinarne complicanze durante la procedura.

### **COME AVVIENE L'ESAME?**

E' un esame di tipo ambulatoriale che dura circa 30-40 minuti.

Il paziente viene fatto sedere su un lettino, il medico introdurrà piccola sonda che passando per la narice e attraversando l'esofago sarà posizionata nello stomaco.

Questa procedura è fastidiosa perché irrita la mucosa nasale e può dare il senso di corpo estraneo nella gola, ma solitamente è ben tollerata a volte può essere necessario l'utilizzo di spray anestetico locale (Xilocaina). Successivamente l'esame viene eseguito con paziente in postura supina laterale.

A questo punto tramite un manometro la sonda viene perfusa attraverso piccoli canalini, e le varie pressioni vengono acquisite da un computer sotto visione medica.

Durante l'indagine sarà necessario eseguire delle deglutizioni di sorsi d'acqua per permettere di valutare la deglutizione volontaria.

Al termine dell'esame viene estratta la sonda (monouso) e il paziente può alimentarsi regolarmente.

### **QUALI SONI I RISCHI DELL'ESAME?**

L'esame solitamente non comporta rischi per il paziente essendo necessaria però introduzione della sonda "alla cieca" cioè non in visione è sempre preferibile avere già eseguito una esofagogastrosopia o Rx-esofago stomaco.

A volte il passaggio dalla narice può provocare dolore o piccoli sanguinamenti nasali che si arrestano spontaneamente (se non si è in terapia con anticoagulanti).

Nei pazienti con deviazione del setto nasale l'intubazione può essere difficoltosa e nei casi più seri impedirne il passaggio per la deformazione anatomica.

L'analisi dell'esame verrà eseguita successivamente e verranno date istruzioni per il ritiro del referto.

### **Per presa visione**

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ dopo aver discusso con il medico della mia situazione clinica ed aver ottenuto in proposito chiare risposte ad ogni mia domanda, ho compreso che, allo scopo di migliorare la situazione attuale e/o di evitare peggioramenti, si rende necessario:

### **MANOMETRIA ESOFAGEA**

Ritengo di aver ricevuto esaurienti notizie in merito al trattamento proposto, anche mediante la lettura di fogli informativi, il cui contenuto mi è stato comunque ampiamente illustrato dal medico.

Mi è noto che in ogni trattamento sanitario vi è possibilità di conseguenze dannose, a volte anche imprevedibili, nonostante il corretto comportamento dell'operatore.

Ho discusso con il medico della mia specifica situazione ed ho comunque appreso che, sulla base della consolidata esperienza clinica, i benefici che si intendono realizzare giustificano l'esposizione al rischio dei possibili effetti indesiderati.

Dichiaro di far uso dei seguenti farmaci:

\_\_\_\_\_

Dichiaro di essere allergico a:

\_\_\_\_\_

Preso atto di tutte le informazioni, comprese quelle relative a eventuali trattamenti diversi da quelli proposti, ritengo di aver ottenuto gli elementi indispensabili per giungere ad una scelta consapevole.

Pertanto, certo/a che un mio eventuale rifiuto non comporterà conseguenze per quanto riguarda la prosecuzione dell'assistenza secondo necessità,

**acconsento**

**non acconsento, pur consapevole delle conseguenze legate a questa mia decisione**

al trattamento proposto.

Sono a conoscenza del fatto che, dinanzi ad impreviste difficoltà, il medico potrebbe giudicare necessario modificare la procedura concordata; se in tali circostanze non fosse possibile interpellarmi, autorizzo sin d'ora il cambiamento, al solo scopo di fronteggiare le complicità.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Il medico proponente \_\_\_\_\_

Il medico endoscopista \_\_\_\_\_