

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

*Etichetta  
nosografica*

### **CHE COS'È LA pH-IMPEDENZIOMETRIA ESOFAGEA DELLE 24 ORE?**

E' un esame ambulatoriale che permette lo studio del reflusso gastro-esofageo e la sua registrazione durante le 24 ore successive al posizionamento del dispositivo formato da un tramite un piccolo registratore collegato ad un tubicino (sonda) che verrà posizionato per via nasale in prossimità dello stomaco.

### **PREPARAZIONE**

Digiuno 8 ore prima dell'indagine.

Terapie domiciliari possono essere regolarmente assunte

Normalmente devono essere sospesi antiacidi e gastroprotettori almeno 1 settimana prima eccetto casi particolari indicati dallo specialista che ha richiesto l'indagine.

In caso di terapia con anticoagulanti o antiaggreganti, valutare con il curante la possibile sospensione;

### **COME AVVIENE?**

E' un esame di tipo ambulatoriale.

Pz viene fatto sedere su un lettino e il medico introduce sondino dalla narice.

Questa procedura è fastidiosa perché irrita la mucosa nasale ma solitamente ben tollerata a volte può essere necessario l'utilizzo di anestetico locale con xilocaina.

Una volta introdotta la sonda e posizionata in prossimità dello stomaco, viene avviata la registrazione dell'indagine tramite un dispositivo elettronico collegato alla sonda.

Il paziente dimesso dall'ambulatorio potrà svolgere la sua regolare attività quotidiana e dovrà registrare gli eventi delle 24 ore (pasti, sonno, sintomi) secondo le istruzioni fornite al pz.

Il giorno successivo il pz in accordo con il medico esecutore ritornerà in ambulatorio e il medico sfilerà il sondino (monouso) in questo caso il pz non avvertirà nessun dolore o fastidio alla manovra. Il registratore portatile contenente l'esame sarà affidato al medico che provvederà ad acquisire i dati trasferiti nel pc dedicato e ad analizzarli.

### **HA DEI RISCHI QUESTO 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 un 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 deformazione anatomica. l'introduzione può essere più difficoltosa e in casi rari non permettere l'intubazione.

La refertazione dell'esame avverrà 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:

**pH-METRIA / pH-IMPEDENZIOMETRIA 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 \_\_\_\_\_