



PEDERZOLI

Preparazione valida per l'Ospedale Pederzoli di Peschiera del Garda

NORME DI PREPARAZIONE ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA

Il giorno fissato dell'esame il paziente dovrà presentarsi direttamente presso l'ambulatorio di endoscopia digestiva munito di:

- Documentazione di esami endoscopici precedenti e qualsiasi altra documentazione clinica che si ritenga importante.
- Per eseguire l'esame in tutta sicurezza è necessario avere lo stomaco vuoto, perciò è **richiesto il digiuno da cibi solidi e liquidi (inclusa acqua) dalla mezzanotte**. E' opportuno informare anticipatamente il medico sugli eventuali farmaci assunti (antiaggreganti o anticoagulanti)
- **Tessera sanitaria.**
- **Richiesta del Medico** (rossa, dematerializzata o su carta intestata con quesito diagnostico).
- **Consenso per l'esecuzione di Gastrosopia** (modulo in allegato)

➤ **I Pazienti che assumono farmaci antiaggreganti o anticoagulanti devono valutare con il proprio Medico le modalità di eventuale sospensione o sostituzione del farmaco nei giorni precedenti all'esame.**

ATTENZIONE

I pazienti che devono eseguire una ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA con il Servizio Sanitario Nazionale, sono pregati di presentarsi con due richieste del Medico Curante.

1. Si richiede "ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA" + eventuale biopsia (esplicitando il quesito diagnostico)
2. Si richiede ESAME ISTOLOGICO in corso di esame (esplicitando il quesito diagnostico)

NOTA:

Si prega cortesemente di segnalare appena possibile eventuali impedimenti che rendessero impossibile l'esecuzione dell'esame telefonando al numero 045/6449230.

Gentile Sig./Sig.ra _____, con la presente La informiamo che Lei è affetto/a da _____ . Per tale patologia è prevista l'esecuzione di **ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGDS) ed EVENTUALE BIOPSIA.**

*Etichetta
nosografica*

CHE COSA È

La gastroscopia è un'indagine che permette di esaminare direttamente l'interno di esofago, stomaco e duodeno. Non è dolorosa ma può arrecare modesto fastidio alla gola durante l'introduzione della sonda. Per rendere l'esame meglio tollerato viene somministrato un anestetico locale spray in faringe ed eventualmente un tranquillante endovena. In quest'ultimo caso il Paziente dovrà essere accompagnato perché non potrà mettersi alla guida di autoveicoli per il resto della giornata.

COME SI SVOLGE

Durante la gastroscopia è possibile eseguire biopsie, assolutamente indolori, o alcuni trattamenti terapeutici come l'asportazione di polipi, l'arresto di un sanguinamento o la dilatazione di tratti ristretti (stenosi) delle prime vie digestive. Per tutta la durata dell'esame e per qualche minuto dopo la fine dello stesso il Paziente viene monitorato sia per l'ossigenazione del sangue che per la frequenza cardiaca con lo strumento detto pulsiossimetro. Terminato l'effetto dell'anestetico locale (10 – 15 minuti) il Paziente può alimentarsi (salvo diverse indicazioni in casi particolari) e ritornare al proprio domicilio. Il referto endoscopico verrà consegnato subito mentre l'esito dell'eventuale esame istologico richiederà alcuni giorni di attesa.

COMPLICANZE

La gastroscopia è una procedura particolarmente sicura ma può comportare alcune complicanze quali emorragia (circa 1 caso su 3000 esami), cardio-respiratorie (rare). L'incidenza di complicanze più importanti come la perforazione è molto bassa (inferiore ad un caso su 10.000 esami) ed è spesso legata alla presenza di gravi patologie dell'esofago. Altri rischi potenziali sono correlabili all'impiego di farmaci sedativi in pazienti anziani o con gravi patologie cardiorespiratorie. Solo eccezionalmente, dove sono state effettuate biopsie, vi può essere un sanguinamento che di solito si arresta in breve tempo spontaneamente.

Quasi sempre le emorragie che non arrestino spontaneamente possono essere trattate e risolte per via endoscopica

GESTIONE DELLO STRUMENTARIO

Prima di ogni esame tutti gli strumenti endoscopici vengono sottoposti ad un accurato procedimento di pulizia.

Ogni strumento viene infatti lavato manualmente in tutte le sue componenti e, successivamente, posizionato in apposite macchine lavaendoscopi che consentono di ottenere l'alta disinfezione.

Con tali procedure si impedisce la possibile trasmissione attraverso l'endoscopio di infezioni da un Paziente all'altro.

Gli accessori endoscopici in dotazione presso il nostro Servizio sono monouso (usa e getta); si elimina così il rischio di trasmissione di infezioni attraverso di essi.

IMPORTANTE

- È importante che il Paziente porti con sé i referti di eventuali precedenti esami endoscopici e qualsiasi altra documentazione clinica che si ritenga importante.
- La terapia farmacologica abituale andrà dichiarata al Medico endoscopista e soprattutto, in particolare, terapie in corso con anticoagulanti (es. Coumadin) o antiaggreganti (aspirina, ticlopidina o altri).
- L'eventuale sedazione richiede che il Paziente non guidi autoveicoli per il resto della giornata e che, per tale motivo, si presenti accompagnato.

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:

ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGDS) ed EVENTUALE BIOPSIA

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 _____

Stato di coscienza all'ammissione: **vigile** **confuso** **soporoso** **ansia compensata** **ansia elevata**

Farmaci	Dosaggio	Terapia intraprocedurale													
		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55		60
Ora inizio															
Midazolam mg															
Atropina mg															
Meperidina mg															
Buscopan mg															
Infusioni															
Parametri	basali	in corso di esame												alla dimissione	
Temperatura corporea															
Pressione sistolica															
Pressione diastolica															
Saturazione O ₂															
Frequenza cardiaca															

Stato di coscienza alla dimissione: **vigile** **confuso** **soporoso** **ansia compensata** **ansia elevata**

Firma del medico che prescrive

Firma dell'infermiere che somministra
