

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 lava-endoscopi 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, Pradaxa, Eliquis, Xarelto) 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:

\_\_\_\_\_

Dichiaro il mio apparato dentale:

integro     con impianti     con denti ricoperti     con ponti     con protesi removibili

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 \_\_\_\_\_