

NOTA INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO SULLA SEDAZIONE PER ESAME ENDOSCOPICO

La maggior parte degli esami endoscopici può essere eseguito anche senza supporto di farmaci ansiolitici o antalgici. Per la gastroscopia il medico endoscopista utilizza uno spray anestetico per annullare il riflesso del vomito durante l'introduzione della sonda endoscopica. Per la colonscopia vengono impiegate pomate anestetiche e lubrificanti, che facilitano l'introduzione dello strumento. Su richiesta del paziente o per indagini più complesse può essere praticata una sedazione cosciente o profonda con perdita della coscienza.

La presenza dell'Anestesista in Endoscopia permette un corretto monitoraggio ed un tempestivo intervento in caso di necessità.

L'esecuzione di esami endoscopici può essere effettuata:

- **SENZA SEDAZIONE**
- **CON SEDAZIONE:** mediante la somministrazione di Benzodiazepine/antidolorifici, oppioidi/Propofol; Nei nostri centri tale procedura viene eseguita solo con presenza attiva dell'Anestesista. Sarà preceduta da una valutazione da parte del Medico Anestesista, che definirà e concorderà con il paziente la procedura più adeguata da seguire nel suo caso.

La sedazione offre notevoli vantaggi all'esecuzione del trattamento (maggior comfort e adesione al trattamento da parte del paziente, maggiore rapidità e completezza nell'esecuzione dell'esame da parte dell'Endoscopista, minor rischio di complicanze chirurgiche). Presenta un'incidenza dell'1-2% di eventi avversi (respiratori e cardiovascolari), molto raramente gravi in presenza di un pronto intervento di un Anestesista Rianimatore.

Al termine dell'esame endoscopico i pazienti rimangono in sala risveglio per un periodo di osservazione con monitoraggio dei parametri vitali. Il periodo di osservazione sarà adeguato alle condizioni generali del paziente, all'invasività della procedura praticata e alla tipologia di farmaci utilizzati. La dimissibilità dalla struttura sarà validata dal personale medico e infermieristico tramite la valutazione dei parametri vitali.

In caso di sedazione profonda la dimissione dal Reparto di Endoscopia avviene previa valutazione dell'anestesista.

All'atto della dimissione verranno rilasciate idonee indicazioni scritte sulle procedure da seguire e sui comportamenti da seguire nel post-trattamento.

Verranno rilasciati recapiti e numeri telefonici a cui fare riferimento in caso di dubbi o complicanze.

Ricordiamo inoltre ai Pazienti alcune norme da seguire durante il periodo di osservazione:

- **Non alzarsi** senza il consenso del Personale Medico/Infermieristico che ha verificato le condizioni post-sedazione.
- **Non sporgersi** dal lettino per reperire effetti personali se le condizioni generali non sono ancora state rivalutate dal Personale, in caso di necessità è possibile chiedere supporto utilizzando il campanello in dotazione.
- **Non andare in bagno da soli** a chiedere supporto al personale.

CONSENSO INFORMATO

Paziente/utente:

Nome e Cognome

Luogo di nascita

Data di nascita ____ / ____ / ____

IN CASO DI PAZIENTE MINORE

Genitori

Nome e cognome del padre _____ Data di nascita _____

Nome e cognome della madre _____ Data di nascita _____

IN CASO DI PAZIENTE CON TUTELA

Rappresentante Legale Amministratore di sostegno Tutore/curatore

Nome e cognome _____ Data di nascita _____

Dichiara di essere stato informato dal/la

Dr./Dr.ssa _____ in modo chiaro e comprensibile, della possibilità di eseguire l'esame endoscopico proposto

- Senza sedazione
- Con sedazione

Il rischio connesso alla procedura di sedazione è stato valutato come:

- Ordinario
- Lievemente aumentato
- Molto aumentato

Dichiara di aver letto attentamente e di aver avuto esaurienti spiegazioni su quanto esposto nelle informazioni relative alla sedazione e pertanto di aver chiaramente compreso le indicazioni e le modalità di esecuzione, di essere pienamente consapevole degli obiettivi, dei benefici, degli insuccessi e degli eventuali rischi e complicanze legate alla somministrazione dei farmaci impiegati.

Infine esprime in modo consapevole e cosciente che:

- ACCONSENTO** **NON ACCONSENTO**

ad essere sottoposto all'esame endoscopico:

- SENZA SEDAZIONE**
- CON SEDAZIONE**

Data _____ Ora _____

FIRMA DEL PAZIENTE FIRMA DEL MEDICO ENDOSCOPISTA (genitore/rappresentante legale)

FIRMA DEL MEDICO ANESTESISTA

REVOCA DEL CONSENSO

Il sottoscritto _____ in data

dichiara di voler REVOCARE il consenso precedentemente fornito e di essere pertanto a conoscenza delle probabili conseguenze derivanti dal mio rifiuto.

Firma del paziente

Firma del Medico
