

Servizio di Endoscopia Digestiva | Via Privata Benadir, 5 - Milano

## 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** ma 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**

\_\_\_\_\_