



INFORMAZIONE PER IL PAZIENTE E CONSENSO INFORMATO ALLA ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGDS)

Che cos'è la EGDS?

E' un esame che consente di esplorare le prime vie digestive per mezzo del gastroscopio, un tubo flessibile dotato di piccola telecamera sulla punta, che consente di vedere a video l'interno dei visceri. Inserito l'endoscopio dalla bocca, si possono esaminare esofago, stomaco e duodeno, eseguire biopsie ed eventuali manovre operative (polipectomia, emostasi di sanguinamento da ulcere, trattamento di varici esofago-gastriche, rimozione di corpi estranei, etc).

Come ci si prepara alla EGDS?

Il giorno dell'esame dovrà essere a **digiuno**, pertanto potrà fare una **cena leggera la sera prima** ed in seguito potrà bere **acqua o liquidi limpidi zuccherati (the, tisane), fino a tre ore prima dell'esame.**

- Eventuali medicine che abitualmente assume al mattino potranno essere prese dopo l'esame o al primo mattino. Consulti eventualmente il suo medico di medicina generale per farsi aiutare nella gestione dei farmaci, in particolare per anticoagulanti (Coumadin, Sintrom), antiaggreganti (ticlopidina, clopidogrel, aspirina), terapia del diabete.
- Le chiediamo di non indossare gioielli e/o portare con sé oggetti preziosi
- Porti con sé **la documentazione clinica delle sue patologie, eventuali esami endoscopici ed esiti istologici precedenti, la lista dei farmaci che abitualmente assume, oltre a questo foglio**

Come si esegue la EGDS?

Prima dell'esame ci sarà un colloquio con i medici e gli infermieri, nel corso del quale potrà chiedere chiarimenti. Verrà aiutato a prepararsi e a stendersi sul lettino.

L'indagine non è solitamente dolorosa, può provocare fastidio soprattutto per conati di vomito e gonfiore epigastrico. Se lo desidera le verrà praticata un'anestesia locale con lidocaina spray.

- Se è prevista la sedazione, le verrà iniettato in vena il farmaco sedativo. In questo caso dovrà rimanere in osservazione dopo l'esame sino a che si sarà ripreso adeguatamente; ricordi che nelle successive 12-24 ore non potrà guidare (è pertanto necessario che venga accompagnato da persona in grado di guidare) né affrontare alcuna attività che richieda concentrazione, responsabilità ed uso di apparecchiature potenzialmente pericolose. Pertanto Le consigliamo di essere sempre accompagnato/a da una persona in grado di guidare l'auto.
- La procedura dura circa 10 minuti (oltre se saranno necessarie manovre operative) e, a discrezione dell'operatore, potrà prevedere prelievi biotipici per una migliore definizione diagnostica.
- Al termine le verrà consegnato il referto dell'esame. L'eventuale referto istologico dovrà ritirarlo in Accettazione con apposito modulo che le consegneremo (pagherà al ritiro l'eventuale **ticket** previsto).
- Informi sempre il suo medico curante di questi esiti. Siamo comunque a Sua disposizione presso i nostri servizi per visione del referto istologico e per eventuali chiarimenti

Quali sono i rischi e le possibili complicanze?

- L'EGDS è un esame generalmente sicuro; le complicanze gravi non prevedibili, come perforazione, danno cardiaco da stress, sono estremamente rare. Eventuali manovre operative aumentano il rischio di complicanze, che rimangono comunque eventi rari.

Dopo biopsia sarà presente un modesto sanguinamento che si fermerà spontaneamente durante l'esame. E' molto raro ma possibile che dalle biopsie si possano verificare emorragie rilevanti. Dopo l'esame osservi precauzionalmente eventuale emissione di feci nere, possibile spia di sanguinamento. In questo caso informi il Suo medico curante. Dopo l'EGDS potrà comparire sensazione di gonfiore addominale o fastidio in gola che spariscono generalmente in breve tempo.

Gli esami endoscopici hanno durata variabile e non possiamo garantire la puntualità nell'orario prenotato. Le chiediamo comunque di giungere all'orario stabilito, verrà chiamato secondo l'ordine di prenotazione.



ANAGRAFICA E CONSENSO – ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGDS)

Io sottoscritto/a (nome).....(cognome).....
Nato/a il residente a
affetto da (di competenza medica).....

Se necessario:

Legale rappresentante di nato/a il.....

dichiaro di essere stato/a informato/a riguardo a:

- preparazione all'esame e modalità di svolgimento
- gestione della eventuale terapia anticoagulante e antiaggregante
- eventuale necessità di metodiche integrative (radiologiche, chirurgiche) in caso di insuccesso della procedura
- possibilità di complicanze
- acquisizione di immagini della procedura, che verranno consegnate al paziente per documentare l'indagine e particolari eventuali riscontri
- possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento prima degli atti sanitari e chiedere ogni ulteriore informazione qualora lo desideri

Mi è stato inoltre spiegato che, ove sopravvenisse una condizione clinica che imponga decisioni in emergenza (stato di necessità) i sanitari procederanno secondo la migliore pratica clinica per la salvaguardia della mia salute

Preso atto di quanto sopra, dichiaro in piena consapevolezza di:

accettare di essere sottoposto alla procedura, compresa ogni manovra connessa e complementare

Data Firma del paziente

Se necessario:

Data Firma del legale rappresentante

Acconsento ad essere sottoposto/a a sedazione e analgesia

Data Firma del paziente

Se necessario:

Data Firma del legale rappresentante

DICHIARAZIONE DEL MEDICO

Io sottoscritto/a Dott./ssa confermo, contestualmente alla firma del/la paziente, che lo/a stesso/a informato/a mediante informativa e colloquio avvenuto con me stesso/a, e che dichiara di aver compreso ogni parte di quanto sopra esposta.

Data Firma del medico

REVOCA DEL CONSENSO

Dichiaro che intendo interrompere/sospendere la procedura alle ore del

Firma del paziente

Firma del legale rappresentante

Si prega di avvisare entro 48h in caso di impossibilità a presentarsi per l'esecuzione dell'esame.