

GASTROSCOPIA: INFORMAZIONI AL PAZIENTE

Gentile Signora/Signore,

questo documento ha lo scopo di fornirle informazioni sull'esame denominato **GASTROSCOPIA**. Il fine è di renderla consapevole della procedura, delle opportunità che offre, facendole presente anche i relativi rischi.

Legga attentamente queste informazioni scritte e, se lo ritiene opportuno, ne parli con il suo medico curante.

Prima dell'esame ponga pure liberamente qualsiasi domanda di chiarimento ai sanitari presenti, affinché possa accostarsi alla procedura con la dovuta consapevolezza. Dopo aver letto e compreso le informazioni fornite, se decide di voler eseguire l'esame, la invitiamo a firmare il modulo di Consenso Informato allegato a questo documento.

Lei ha comunque diritto a ritirare il suo consenso in qualsiasi momento, senza fornire nessuna spiegazione.

Cos'è la gastroscopia?

La gastroscopia (nome corretto "esofago-gastro-duodenoscopia") consiste nell'esplorazione, per mezzo del gastroscopio (una sonda flessibile, dotata di microtelecamera sulla punta), dell'esofago, dello stomaco e del duodeno. Per mezzo della gastroscopia è possibile diagnosticare malattie come l'esofagite, le varici esofagee, le ulcere sia gastriche che duodenali, i tumori, etc...

A completamento diagnostico, il medico può praticare **biopsie** (prelievo di piccoli frammenti di mucosa). Occorre ricordare che eccezionalmente alcune lesioni possono sfuggire anche all'esame più accurato. È anche possibile recuperare corpi estranei accidentalmente ingeriti e trattare lesioni che stanno sanguinando.

Cosa fare prima dell'esame?

E' necessario osservare un **digiuno** di 6 ore da cibi solidi e 4 ore dai liquidi per evitare la persistenza di residui alimentari che ostacolerebbero la corretta visualizzazione delle pareti.

Non sarà necessario invece sospendere le terapie in atto, ma sarà sufficiente assumerle con poca acqua almeno 2 ore prima dell'esame. Nel caso faccia uso di **farmaci "per la circolazione"** come antiaggreganti (aspirina, ticlopidina, clopidogrel, etc...) o anticoagulanti consulti il suo medico di famiglia, cardiologo o altro specialista di riferimento; infatti, in qualche caso, è opportuno sospendere tali farmaci prima dell'esame, eventualmente sostituendoli con altri (ad esempio eparina). Anche nel caso di terapia insulinica è opportuno consultarsi col medico.

La **profilassi antibiotica** non è solitamente raccomandata per la prevenzione dell'endocardite nei pazienti con fattori di rischio cardiaci che si sottopongono ad una procedura endoscopica. Fanno eccezione alcune condizioni di rischio correlate al paziente o al tipo di procedura per cui si raccomanda di consultare il proprio medico curante e/o cardiologo.

Come si svolge l'esame?

Verrà fatto accomodare sul lettino e il personale infermieristico potrà reperire un accesso venoso e provvedere a monitorizzare i suoi parametri vitali. Lo specialista la inviterà a distendersi sul fianco sinistro, in posizione confortevole. Sarà spruzzato in gola un **anestetico locale** per ridurre il fastidio del passaggio dello strumento (avverta il personale se sa di essere allergico ad anestetici). Gli verrà posto tra i denti un boccaglio (per evitare di danneggiare lo strumento). Una eventuale protesi dentaria dovrà essere rimossa. Verrà quindi delicatamente introdotto dalla bocca il gastroscopio, che sarà poi guidato sino al duodeno.

Non avvertirà dolore, ma solo un fastidio al passaggio in gola e successivamente all'introduzione di aria necessaria per distendere lo stomaco. L'esame può essere eseguito solo con l'anestesia locale della gola oppure con **sedazione mediante farmaci per via endovenosa**.

La sedazione rende indispensabile l'astensione dalla guida di veicoli (per questo motivo le raccomandiamo di venire accompagnato) e da attività che richiedono particolare attenzione per tutta la giornata.

Azienda Sanitaria Toscana Sud Est

La sedazione comporta alcuni rischi, soprattutto cardiaci e respiratori. Poiché i farmaci utilizzati per la sedazione possono passare nel latte materno, se sta allattando deve interrompere l'allattamento per almeno 24 ore.

Soltanto in casi assai particolari si potrà effettuare sedazione profonda con **assistenza anestesiológica**.

L'esame dura normalmente pochi minuti. Potrà riprendere le sue normali attività entro 1-2 ore in assenza di sedazione.

L'**alimentazione** potrà essere ripresa soltanto quando l'anestesia del cavo orale avrà cessato il suo effetto (di norma dopo circa 30 minuti).

Esistono complicanze?

Le complicanze legate all'esame, seppure rare, sono le seguenti:

- **Sanguinamento**: (specie dopo biopsia o polipectomia)
- **Perforazioni**
- **Disturbi cardiocircolatori e/o respiratori** (specie in rapporto alla sedazione)
- **Complicanze infettive**
- Altre rare complicanze imprevedibili sono pure possibili

Riassumiamo le principali informazioni sulla GASTROSCOPIA:

- l'esame comporta l'introduzione nelle prime vie digestive e con l'aiuto della deglutizione di un tubo flessibile
- durante l'esame potrà avvertire modesti disturbi
- l'esame viene comunque eseguito con anestesia locale della gola e può essere effettuato in sedazione
- l'accertamento, anche se ben eseguito, può non evidenziare alcune lesioni
- l'esame dura normalmente pochi minuti
- in casi rari sono possibili complicanze, a volte anche gravi, anche mortali

È importante che lei ritenga le spiegazioni fornite esaurienti e chiare. Se lo ritiene necessario non abbia alcun timore nel richiedere tutte le ulteriori informazioni che crede utili al fine di risolvere eventuali dubbi o chiarire alcuni aspetti di quanto esposto che non ha pienamente compreso. La invitiamo pertanto, prima di prestare il suo consenso scritto, firmando il presente modulo, a chiarire con il medico ogni aspetto che non le appare sufficientemente comprensibile.

Azienda Sanitaria Toscana Sud Est

CONSENSO INFORMATO ALLA GASTROSCOPIA

Io sottoscritto _____ nato il ____/____/_____ dichiaro di:

- aver preso visione del "modulo informativo";
- aver avuto la possibilità di porre domande al medico curante e/o all'operatore e di aver avuto risposte soddisfacenti;
- aver ricevuto informazioni chiare, sufficienti e da me comprensibili;
- aver compreso quindi le motivazioni, gli scopi e i benefici della gastroscopia, le modalità di esecuzione, nonché le possibili complicanze e le eventuali alternative possibili;
- aver avuto il tempo necessario per riflettere prima di decidere se effettuare o meno la gastroscopia;
- non aver avuto alcuna coercizione indebita nella richiesta del consenso.

Sono inoltre consapevole che:

- ho il diritto di ritirare il mio consenso in qualsiasi momento, senza fornire alcuna spiegazione;
- la non esecuzione della manovra endoscopica propostami può determinare una maggiore difficoltà nel percorso diagnostico-terapeutico.

PERTANTO DICHIARO

- DI ACCONSENTIRE** liberamente e consapevolmente ad essere sottoposto a gastroscopia.
- DI ACCONSENTIRE** liberamente e consapevolmente all'esecuzione di eventuali manovre operative (biopsia, polipectomia, etc...) che dovessero essere potenzialmente effettuabili
- NON ACCONSENTIRE**, consapevole delle possibili conseguenze, ad essere sottoposto a gastroscopia
- NON ACCONSENTIRE**, consapevole delle possibili conseguenze, all'esecuzione di eventuali manovre operative (biopsia, polipectomia, etc...) che dovessero essere potenzialmente effettuabili

Chiedo di eseguire l'esame con sedazione farmacologica [SI] [NO]

IN CASO DI SEDAZIONE IL PAZIENTE DOVRA' ESSERE ACCOMPAGNATO DA UN ADULTO E NON POTRA' GUIDARE VEICOLI NE' ESEGUIRE ATTIVITA' CHE RICHIEDONO CONCENTRAZIONE PER LE SUCCESSIVE 24 ORE

Firma del paziente _____

Firma del rappresentante legale _____
(genitori di minore/tutore/curatore/amministratore di sostegno)

Luogo e data _____, li ____/____/_____

A cura del Medico Endoscopista

Dichiaro di avere fornito esaurienti informazioni al paziente Sig./ra _____ che, a mio parere, sono state comprese.

Firma del Medico _____

DATI ANAMNESTICI

Per ridurre al minimo i rischi di complicanze, la invitiamo a rispondere alle seguenti domande:

- è affetto da malattie del sangue o ha tendenza al sanguinamento eccessivo (es. frequente ed abbondante sanguinamento dal naso, tendenza ad avere ematomi, etc ...)? [SI] [NO]

- in caso lei sia affetto da malattie croniche (ad es. **ipertensione diabete, asma, malattie cardiache, epilessia, insufficienza renale. malattie del fegato, disturbi psichiatrici, malattie infettive ecc**) la preghiamo di elencarle:

- **assume terapia anticoagulante** (Coumadin, Sintrom, Pradaxa, Eparina, etc.) o **antiaggreganti piastrinici** (Cardioaspirina, Cardirene, Ascriptin, Ticlopidina, Plavix, etc.)? [SI] [NO]
- Se **SI**, indichi quali farmaci anticoagulanti o antiaggreganti assume

- se **SI**, li ha sospesi e da quanti giorni ? _____

- indichi di seguito se assume altri farmaci ed il loro dosaggio

- è portatore di **pacemaker** (elettro stimolatore cardiaco)? [SI] [NO]
- è affetto da cardiopatia che richiede **profilassi antibiotica** (vizi e protesi valvolari, pregresse edocarditi)? [SI] [NO]
- se **SI**, ha effettuato la profilassi antibiotica prevista e quando? _____

- se è una donna in età fertile è, oppure ritiene di essere, in **gravidanza**? [SI] [NO]

- è digiuno da 6 ore per cibi solidi e da 4 per liquidi ? [SI] [NO]

- ha **allergie**, per esempio a farmaci (in particolare anestetici) o a lattice? [SI] [NO]
Se ha risposto **SI** la preghiamo di indicare a quali sostanze è allergico

Firma del paziente _____

Firma del rappresentante legale _____

(genitori di minore/tutore/curatore/amministratore di sostegno)

Luogo e data _____, lì ____/____/_____