

## **MODULO DI CONSENSO ALLA GASTROSTOMIA ENDOSCOPIA PERCUTANEA (PEG)<sup>1</sup>**

Gentile Signore/a,

attraverso l'opuscolo informativo che le è stato consegnato ha potuto conoscere le motivazioni, gli scopi e i benefici dell'applicazione della PEG, le modalità di esecuzione, nonché le possibili complicanze e le eventuali alternative possibili

Riassumiamo le **principali informazioni sulla PEG**:

- la metodica viene eseguita con anestesia locale della parete addominale e con sedazione mediante farmaci per via endovenosa
- detta metodica comporta innanzitutto l'introduzione nello stomaco di un gastroscopio
- viene poi fatto passare un ago che dalla parete addominale entra nello stomaco
- attraverso l'ago viene introdotto un filo guida nello stomaco
- col filo guida si fa poi scendere nello stomaco una sonda di materiale plastico
- la sonda fuoriesce dalla parete addominale, rimanendo ancorata nello stomaco tramite una placca interna
- per l'applicazione della PEG necessitano normalmente 15-30 minuti
- a volte per difficoltà anatomiche non è possibile il posizionamento della PEG
- si tratta di una manovra invasiva che espone al rischio di complicanze, anche gravi

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.

### **DICHIARAZIONE DI CONSENSO**

Io sottoscritto ..... nato il ..... dichiaro di:

- aver preso visione del "documento 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 le motivazioni, gli scopi e i benefici dell'applicazione della PEG, le modalità di esecuzione, nonché le possibili complicanze e le eventuali alternative possibili
- aver avuto tutto il tempo necessario per riflettere prima di decidere se effettuare o meno la PEG
- non aver avuto alcuna coercizione indebita nella richiesta del consenso

Sono inoltre consapevole che:

<sup>1</sup> Modulo informativo redatto dalla U.O.C. Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva in collaborazione con il Comitato Etico e con U.O.S. Endoscopia Digestiva Interventistica

- ho il diritto di ritirare il mio consenso in qualsiasi momento, senza fornire alcuna spiegazione
- la mancata esecuzione della metodica propostami può determinare maggiori difficoltà nel trattamento terapeutico

**PERTANTO**

- Dichiaro di acconsentire liberamente e consapevolmente ad essere sottoposto a PEG
- Consapevole delle possibili conseguenze, dichiaro di non acconsentire ad essere sottoposto a PEG.
- Nel caso mi venga proposto, acconsento ad eseguire l'esame con sedazione farmacologica profonda
- Nel caso mi venga proposto, non acconsento ad eseguire l'esame con sedazione farmacologica profonda
- Acconsento, al di fuori dei casi di urgenza, alle procedure che dovessero rendersi utili in caso si verificano complicanze
- Non acconsento, al di fuori dei casi di urgenza, alle procedure che dovessero rendersi utili in caso si verificano complicanze

Firma del paziente .....

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

Luogo e data .....

**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** .....

Luogo e data .....

## DATI ANAMNESTICI DA INSERIRE IN CARTELLA

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 particolari la preghiamo di elencarle:

diabete

asma

bronchite cronica

malattie cardiache

epilessia

disturbi psichiatrici

altro .....

- assume terapia anticoagulante (Coumadin, Sintrom, Eparina) o antiaggreganti piastrinici (Cardioaspirina, Cardirene, Ascriptin, Ticlopidina, Plavix, etc ...)?

SI  NO

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 endocarditi ...)?

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

- ha eseguito la preparazione seguendo scrupolosamente le istruzioni?

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 .....