

## INFORMATIVA E DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO ALLA ESOFAGO-GASTRO-DUODENOSCOPIA

### Che cos'è

L' Esofago-Gastro-Duodenoscopia, chiamata più comunemente **Gastroscopia** o indicata con la sigla **EGDS**, è un esame che consente di esaminare il tratto superiore dell'apparato digerente (esofago, stomaco e duodeno), per mezzo del gastroscopio, una sottile sonda flessibile munita di telecamera all'estremità, introdotta attraverso la cavità orale.

### A cosa serve

La gastroscopia è l'esame di scelta per diagnosticare le malattie dell'esofago, dello stomaco e del duodeno.

Nel corso dell'esame il medico può ritenere opportuno eseguire le **biopsie**, ovvero prelevare piccoli frammenti di mucosa, allo scopo di eseguire un'analisi più approfondita al microscopio (esame istologico).

Le biopsie sono del tutto indolori e si effettuano per vari motivi, ad esempio ricercare l'*Helicobacter pylori*, tipizzare le gastriti, diagnosticare la celiachia, accertare lesioni pre-tumorali e tumorali. In corso d'esame è possibile asportare i polipi (generalmente benigni) e intervenire su lesioni in fase di sanguinamento.

### Preparazione

Non deve essere fatta una preparazione specifica. Per eseguire l'esame lo stomaco deve essere vuoto. È necessario presentarsi a digiuno da almeno 8 ore. È possibile bere piccoli sorsi di acqua fino a 2 ore prima.

### Come si svolge

Accomodati in ambulatorio si incontra il personale medico ed infermieristico, viene redatta la cartella medico/infermieristica, il medico risponde ad eventuali chiarimenti e si acquisisce il consenso informato, preventivamente compilato a cura del paziente. Da sdraiati si posizionano il bracciale della pressione, il saturimetro ed un accesso venoso. L'indagine si svolge sul fianco sinistro. Viene posto tra i denti un boccaglio che serve a mantenere la bocca aperta. La durata della gastroscopia è di pochi minuti, durante i quali è importante collaborare mantenendo un atteggiamento rilassato, respirando lentamente e profondamente. Dopo l'esame, in caso di sedazione, è necessario attendere fino alla dimissione da parte del medico. L'alimentazione può riprendere 15-20 minuti dopo il termine dell'esame, salvo diversa indicazione del medico. Nel corso dell'indagine sono acquisite immagini digitali che vengono stampate ed allegate al referto.

### Sedazione

La gastroscopia non è un esame doloroso ma a volte fastidioso. Viene eseguita un'anestesia locale spruzzando in gola uno spray a base di Lidocaina. Nella maggior parte dei casi, per limitare il disagio, viene eseguita inoltre la sedazione (sedo-analgesia). I farmaci utilizzati sono ansiolitici (benzodiazepine) e analgesici (oppioidi di sintesi), somministrati per via endovenosa. Dopo la dimissione è necessario essere accompagnati al proprio domicilio da una persona consapevole ed è assolutamente vietato guidare veicoli e svolgere attività che richiedano attenzione nelle 12/24 ore successive alla sedazione.

Qualora venga eseguita solo l'anestesia locale è possibile andare via da soli e svolgere le normali attività.

### Complicanze

La gastroscopia è una procedura sicura. Come qualsiasi atto medico può essere gravata da complicanze, spesso legate alla presenza di concomitanti gravi patologie. La perforazione è una complicanza rarissima, 0.0004% degli esami. In sede di biopsia o di rimozione di un polipo può verificarsi un sanguinamento che generalmente si arresta spontaneamente o può essere controllato per via endoscopica. La sedazione può essere gravata da rare complicanze generalmente transitorie, quali disturbi cardiovascolari o respiratori, che possono essere contrastate con gli antagonisti dei farmaci utilizzati. Lo staff medico ed infermieristico addestrato garantisce che i potenziali rischi vengano identificati e trattati rapidamente.

### Quali sono gli esami alternativi?

L'esame alternativo è la radiografia delle prime vie digestive con il mezzo di contrasto, un esame che non ha accuratezza diagnostica e spesso deve comunque essere integrato dalla gastroscopia.



**CONSENSO INFORMATO ALLA ESOFAGO-GASTRO-DUODENOSCOPIA**

**Paziente/utente:**

Nome e cognome: .....

Luogo di nascita ..... nato/a il ..... Peso.....

Etichetta del paziente

**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** (come provvedimento del Giudice Tutelare allegato)

Nome e cognome: ..... Data di nascita .....

**Nel caso di presenza di:**    Interprete e/o Testimone :            NO                            SI

→ Soffre di allergie note:  no -  si, quali.....

→ Farmaci che assume abitualmente .....

Dichiaro di essere stata/o informata/o in maniera chiara, comprensibile ed esaustiva, mediante la lettura del presente materiale informativo e le risposte ricevute dal medico alle mie richieste di ulteriori chiarimenti, in relazione all'esecuzione dell'**Esofago-Gastro-Duodenoscopia**. Pertanto **acconsento** di essere sottoposta/o ad **Esofago-Gastro-Duodenoscopia** compresa di ogni manovra connessa e complementare.

Consenso ottenuto con l'ausilio di un interprete

**FIRMA DEL PAZIENTE**

(o dei genitori e /o del rappresentante legale)

**FIRMA INTERPRETE E/O TESTIMONE**

**CONSENSO ALLA SEDAZIONE:**

Dichiaro di essere stata/o informata/o sulla procedura e della possibilità di eseguire la sedo/analgesia, finalizzata a ridurre il fastidio e a facilitare l'esecuzione dell'esame:

**ACCONSENTO**

**NON ACCONSENTO**

Consenso ottenuto con l'ausilio di un interprete

**FIRMA DEL PAZIENTE**

(o dei genitori e /o del rappresentante legale)

**FIRMA INTERPRETE E/O TESTIMONE**

Io sottoscritto Dott..... prendo atto, contestualmente alla firma del paziente, che lo stesso mostra di avere compreso tutto quanto sopra esposto.

Data..... Ora ..... **TIMBRO E FIRMA del MEDICO ENDOSCOPISTA** .....

**REVOCA del CONSENSO**

Il sottoscritto ..... in data .....

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

Firma del paziente .....  
 (o dei genitori e/o del rappresentante legale)

Timbro e Firma del Medico .....

Il trattamento dei dati è conforme alle disposizioni contenute ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 in materia di protezione dei dati personali e D.lgs. 10/08/2018 n.101

