

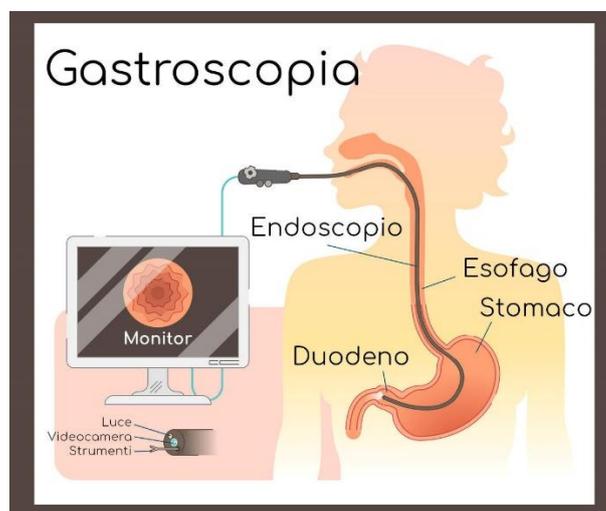


PROVINCIA LOMBARDO VENETA - ORDINE OSPEDALIERO
DI SAN GIOVANNI DI DIO - FATEBENEFRAPELLI
Sede Legale: 25125 BRESCIA - Via Pilastroni, 4
Iscr. Pref. Brescia n. 513 Reg. PG - C.F. e P.I. 01647730157
OSPEDALE RELIGIOSO CLASSIFICATO "SACRA FAMIGLIA"
22036 Erba (Como) - Via Fatebenefratelli, 20
Telefono 031.63.81.11 - Telefax 031.64.03.16
E-mail: sfamiglia@fatebenefratelli.eu - www.ospedaledierba.it

U.O. di CHIRURGIA GENERALE
Direttore dott. M.S. Scalambra

Servizio di ENDOSCOPIA DIGESTIVA
Tel 031.638847

NOTA INFORMATIVA ESOFAGOGASTRODUODENDOSCOPIA (EGDS)



L'esofagogastroduodenoscopia (EGDS) è un esame che permette di visualizzare il primo tratto del tubo digerente (dalla bocca alla prima parte dell'intestino) attraverso l'utilizzo di una sonda lunga e sottile che viene introdotta attraverso la bocca e che, grazie a una piccola telecamera posta alla sua estremità, riproduce le immagini interne su uno schermo. Questo esame permette di diagnosticare le malattie di esofago, stomaco e duodeno (ulcere, tumori, polipi, lesioni vascolari), di prelevare in modo indolore -se necessario- tessuto per l'esame istologico (biopsie) e di procedere operativamente ove indicato (es. asportazione di polipi, arresto di emorragie, etc).

PREPARAZIONE all'ESAME

Per eseguire l'EGDS lo stomaco deve essere vuoto poichè la presenza di cibo al suo interno impedisce una corretta visualizzazione delle pareti e ne aumenta i rischi (es.vomito, ab ingestis). Pertanto dovrete rimanere a **digiuno nelle 12 ore** precedenti l'esame e dovrete assumere una cena leggera la sera prima. È possibile bere acqua fino a 2 ore prima della procedura e non è controindicata, generalmente, l'assunzione delle pastiglie che assumete abitualmente (con l'eccezione degli antidiabetici orali e/o insulina, degli antiacidi –es Maalox- o in caso di segnalazioni particolari da parte del curante).

In caso di assunzione di farmaci anticoagulanti (come Coumadin, Sintrom) rivolgetevi al Centro di Terapia Anticoagulante (Centro TAO). Il giorno dell'esame dovrete portare in visione il valore di INR eseguito il

giorno precedente. In caso di assunzione di Anticoagulanti ad azione diretta (es. Eliquis, Pradaxa, Xarelto, Lixiana), contattate il vostro Medico per sapere se è possibile sospendere la dose del mattino il giorno dell'esame.

Il giorno dell'esame dovrete indossare un abbigliamento comodo ed evitate di portare monili (orecchini, occhiali, bracciali). Rimuovete trucco, smalto delle unghie di mani e piedi, lenti a contatto, piercing su lingua e labbra. Portate con voi contenitori per protesi dentarie e/o acustiche che andranno rimosse. Dovrete togliere gli occhiali.

Portate tutta la documentazione clinica ed eventuali esami precedenti.

PRIMA DELL'ESAME, IN OSPEDALE

Giunti in reparto, medici ed infermieri vi forniranno tutte le informazioni necessarie riguardo le caratteristiche della procedura, la sedazione, i vantaggi e le possibili complicanze, e risponderanno alle vostre domande.

Verrà raccolta una breve storia medica, con particolare riferimento a:

- . **farmaci** che assumete, in particolar modo se state assumendo antiaggreganti-anticoagulanti e per quale motivo o se soffrite di sanguinamenti frequenti
- . **allergie** o reazioni indesiderate dopo assunzione di farmaci o di anestetici locali
- . **patologie** che coinvolgono le valvole **cardiache** o se siete portatori di valvole artificiali
- . se siete portatori di **defibrillatore e/o pacemaker** o di altri apparecchi elettromedicali non removibili
- . **patologie** potenzialmente **contagiose** (epatiti, HIV..)
- . **gravidanza** possibile o accertata per le donne in età fertile o **allattamento**

Al termine del colloquio vi verrà richiesto di firmare il Consenso Informato prima di procedere all'eventuale somministrazione della sedazione cosciente e all'esecuzione dell'esame. **In caso di minore o incapace E' NECESSARIA la presenza di entrambi i genitori e/o del tutore legale.**

Prima della procedura vi verrà posizionato un accesso venoso nel braccio.

LA SEDAZIONE

L'EGDS può provocare disagio al passaggio dello strumento in gola e poi, durante la procedura, per la distensione dello stomaco causata dall'insufflazione dell'aria. Per questo motivo somministriamo prima dell'esame un anestetico locale in gola, per renderla insensibile al fastidio causato dal passaggio dello strumento e, generalmente, anche un sedativo endovena, in genere il Midazolam, che vi aiuterà a rilassarvi.

DURANTE L'ESAME

L'esame dura in media 10 minuti. Vi verrà posizionato un boccaglio per proteggere i denti e l'endoscopio. Mentre starete in una comoda posizione sul fianco sinistro, l'endoscopista introdurrà dalla bocca l'endoscopio che verrà fatto scendere fino alla prima parte dell'intestino, SENZA interferire con la respirazione. Durante la procedura sarete sottoposti a monitoraggio continuo della frequenza cardiaca e della saturazione d'ossigeno tramite un sensore posizionato su un dito.

DOPO L'ESAME

Rimarrete nel Servizio di Endoscopia fino a che saranno svaniti gli effetti della sedazione, generalmente entro circa 30 minuti, anche se potrà permanere uno stato di sonnolenza. E' anche possibile che non ricordiate di avere effettuato l'esame. Potrete avvertire un senso di gonfiore alla pancia legato all'aria insufflata durante l'esame; questa è una sensazione normale e passerà nel giro di qualche ora. Ricordate che la gola rimarrà anestetizzata per circa mezz'ora dopo l'esame, pertanto in tale periodo non dovrete bere né mangiare. Dopo questo periodo potrete mangiare e bere di tutto, salvo diversa prescrizione medica.

Nel caso in cui vi sia stata somministrata la sedazione per via endovenosa, DOVRETE avere con Voi qualcuno che possa riaccompagnarvi a casa: IL PAZIENTE SEDATO PUO' LASCIARE L'OSPEDALE SOLO SE ACCOMPAGNATO DA QUALCUNO CHE GUIDA. Inoltre, per il resto della giornata, **NON dovrete guidare veicoli, lavorare su macchinari, uscire di casa da soli o prendere decisioni importanti poiché la sedazione può rallentare i riflessi e ridurre la capacità di giudizio.**

CONSEGNA DEI REFERTI

Al termine dell'esame il medico vi riferirà su quanto riscontrato e vi consegnerà il referto, che porterete al vostro Medico Curante. Se sono state eseguite biopsie dovrete ritirare l'esito dell'esame istologico in un secondo tempo, presso il Servizio di Accettazione del nostro Ospedale.

LA DISINFEZIONE

Dopo ogni esame gli strumenti vengono lavati e sottoposti ad alta disinfezione con l'ausilio di apposite macchine.

LE COMPLICANZE

I possibili rischi, anche se rari, sono rappresentati da:

- Effetti collaterali alla sedazione cosciente: riportati nel 0.1-0.4% dei casi, sono rappresentati da un rallentamento del respiro (che può richiedere la somministrazione di ossigeno), una riduzione della pressione arteriosa, nausea, capogiri che possono richiedere un prolungamento del periodo di osservazione o la somministrazione di farmaci antagonisti.
- Perforazione: la lacerazione delle pareti di esofago, stomaco o intestino è un evento molto raro durante un esame diagnostico (circa 0.03%) ed è generalmente legata alla presenza di particolari condizioni anatomiche (es. stenosi esofagee, diverticolo di Zenker, neoplasie, etc). Nel caso di EGDS operative (es polipectomie, emostasi di lesioni sanguinanti, trattamento di varici esofagee o gastriche, posizionamento di sonde nutrizionali, etc) è presente un rischio maggiore (circa 0.5%). La perforazione richiede il ricovero per osservazione clinica e terapia antibiotica; in alcuni casi è tuttavia necessario un intervento chirurgico in urgenza.
- Emorragia: nella sede della biopsia o di rimozione di un polipo può verificarsi un sanguinamento, generalmente non rilevante e generalmente controllabile per via endoscopica, che solo in casi molto rari può richiedere un intervento chirurgico.

La probabilità di avere effetti collaterali o complicanze è maggiore per i pazienti anziani, in scadenti condizioni di salute o acutamente malati.

Se nelle ore o nei giorni successivi all'esame doveste avere sanguinamento dal retto, feci nere, dolori addominali severi o febbre contattate il Servizio di Endoscopia (dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 15,30, tel 031/638847); nei restanti orari e nei giorni festivi recatevi presso il Pronto Soccorso più vicino.



U.O. di CHIRURGIA GENERALE

Direttore dott. M.S. Scalambra

Servizio di ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Tel 031.638847

Gentile Signore/Signora,

per facilitare la raccolta della sua storia clinica La preghiamo gentilmente di compilare questo modulo con l'aiuto del suo medico curante.

COGNOME **NOME**

Data di nascita **RECAPITO TELEFONICO**

Soffre di: ipertensione arteriosa diabete malattie cardiache malattie renali

malattie polmonari malattie epatiche altro.....

Ha subito **interventi chirurgici** a: testa collo torace addome altro

E' portatore di **pacemaker/defibrillatore**: no pacemaker defibrillatore

E' in **gravidanza**: si no **Sta allattando**: si no

Quali **farmaci** sta assumendo:

.....
.....
.....

Assume **antiaggreganti**: no si, quali
Sospesi no si, dal

Assume **anticoagulanti**: no si, quali
Sospesi no si, dal

Esegue controllo **INR**: no si, ultimo INR eseguito il

Ha avuto **reazioni allergiche a farmaci**: no si, a quali farmaci

Data Firma del paziente

Spazio riservato al medico del Servizio

ASA I ASA II ASA III ASA IV

Preparazione eseguita in modo: completo incompleto Digiuno si no

Firma del medico



Timbro e firma del medico proponente/richiedente

ATTO DI CONSENSO ALL'ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGDS)

Io sottoscritto

(cognome e nome in stampatello: O del paziente; O del tutore del paziente inabilitato; O dei genitori del paziente minorene esercenti la patria potestà)

. dichiaro di avere letto e compreso perfettamente le istruzioni ricevute -ampiamente illustrate e riassunte in una specifica informativa-, il contenuto di questo consenso e tutto ciò che mi è stato spiegato

. dichiaro che mi è stata spiegata la procedura in modo esauriente, compresi tutti i possibili rischi, le possibili alternative e le eventuali conseguenze derivanti dal mio rifiuto dell'atto sanitario

. dichiaro di aver capito i rischi potenziali, in casi molto rari pericolosi per la vita, e concordo su quanto verrà effettuato

. qualora durante la procedura si riscontrasse una situazione tale da richiedere un trattamento differente e/o più complicato da quello precedentemente discusso, autorizzo le modifiche alla condotta programmata che si rendessero necessarie

. dichiaro di essere stato informato del fatto che fattori estranei alla mano del medico ed alla precisione della procedura, compresa la mancata osservanza delle prescrizioni riportate nel referto, possono comunque influenzare il decorso

. dichiaro di aver ricevuto tutte le informazioni che desideravo avere, con ampia possibilità di fare domande su questioni più o meno specifiche

. dichiaro di aver fornito tutte le informazioni a me note sulle malattie pregresse e sul mio attuale stato di salute

. dichiaro di essere stato informato dei possibili effetti collaterali della sedazione cosciente, dell'eventuale necessità di somministrare antidoti e/o di prolungare il periodo di osservazione, della necessità di NON guidare, NON lavorare su macchinari o prendere decisioni importanti per il resto della giornata dopo la somministrazione della sedazione

. Note aggiuntive _____

ACCONSENTO a sottopormi all'esofagogastroduodenoscopia con eventuali procedure operative

Data Firma

NON ACCONSENTO a sottopormi all'esofagogastroduodenoscopia con eventuali procedure operative

Data Firma

ACCONSENTO alla somministrazione della sedazione cosciente

Data Firma

NON ACCONSENTO alla somministrazione della sedazione cosciente

Data Firma

Data..... Timbro e Firma del medico che acquisisce il consenso