



INFORMATIVA PER L'ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA

Paziente: _____

Cos'è l'esofagogastroduodenoscopia (EGDS) ?

E' l'esame diagnostico che consente al medico endoscopista di esaminare direttamente l'interno dell'esofago, dello stomaco e del duodeno, mettendo in evidenza eventuali malattie organiche.

Come si svolge ?

L'utente, che deve essere digiuno, viene disteso sul fianco sinistro in posizione confortevole; gli viene posto tra i denti un boccaglio (in caso di protesi dentaria, questa deve essere rimossa) e quindi, previo puff di anestetico locale all'interno della cavità orale/faringea (anestesia locale con uno spray che riduce la sensibilità della mucosa faringea) e/o somministrazione di farmaco per la sedazione (informativa e consenso alla sedazione), viene introdotta dalla bocca una sonda flessibile (l'endoscopio) che viene guidata fino al duodeno. Quando tutti gli organi sopradetti sono stati esaminati lo strumento viene tolto e l'esame è terminato. Nel corso dell'EGDS possono essere effettuate delle biopsie, che sono dei prelievi di mucosa destinati ad essere esaminati al microscopio per ottenere la diagnosi istologica di eventuali lesioni e/o la ricerca dell'Helicobacter Piloni. L'esame dura in media pochi minuti.

L'EGDS, comunque non è dolorosa e non interferirà con la vostra normale respirazione se eseguita senza sedazione. Sarà utile mantenere, per quanto è possibile, un comportamento rilassato e collaborativi evitando atteggiamenti reattivi e cercando di controllare eventuali conati di vomito con profonde inspirazioni.

Perché viene fatta ?

Sintomi come dolore, nausea, vomito o difficoltà di digestione non sono sempre tipici di una determinata patologia e pertanto l'EGDS è indispensabile per identificare la causa del disturbo ed impostare un'adeguata terapia.

Quali sono le complicanze ? *

Anni di esperienza dimostrano che l'EGDS è un esame sicuro, pur tuttavia può essere gravato, come qualsiasi atto medico, da rare complicanze (0,009%), quali la perforazione (0,0009%); l'emorragia (0,002%); problemi cardiorespiratori (0,005%), che in alcune ancor più rare circostanze (0,0009%) potrebbero risultare pericolose per la vita.

- *Gastrointestinal Endoscopy 2001; 53:620-7.*

Qual è l'alternativa diagnostica ?

E' rappresentata dalla radiologia che è sicuramente meno specifica e sensibile e non permette di eseguire eventuali prelievi biotici.

Unità Operativa Complessa di Medicina
 Direttore: Dr. Ennio La Rocca
 Servizio di Endoscopia Digestiva
 Responsabile: Dr. Dario Raimondo
 Tel: 0921920712

Fondazione Istituto San Raffaele

G. Giglio di Cefalù



QUESTIONARIO PRE-ENDOSCOPICO

Cognome e Nome: _____ nato a: _____

Data di nascita _____ Indirizzo: _____ Città _____

Telefono: _____ Professione _____

Medico di famiglia: Dr. _____

Di quali malattie soffre o ha mai sofferto:

Attacco cardiaco/infarto	SI	NO	Pressione elevata	SI	NO
Asma bronchiale	SI	NO	Allergie	SI	NO
Epilessia o convulsioni	SI	NO	Ictus Cerebrale	SI	NO
Calcolosi urinaria	SI	NO	Diabete	SI	NO
Epatite Virale	SI	NO	Tumori	SI	NO
Cirrosi Epatica	SI	NO	Interventi chirurgici	SI	NO

Altro (malattie ematologiche, coagulopatie, ecc.): _____

Precedenti esami endoscopici: _____

Attualmente presenta uno di questi disturbi ?

Dolore toracico	SI	NO	Difficoltà di respiro	SI	NO
Palpitazioni	SI	NO	Dolore addominale	SI	NO

Per cortesia scriva il nome dei farmaci che assume: _____

Ha protesi dentaria ? SI NO
 Eventuali altri elementi ricavati dal colloquio: _____

Data _____ Firma dell'utente: _____

Unità Operativa Complessa di Medicina
 Direttore: Dr. Ennio La Rocca
 Servizio di Endoscopia Digestiva
 Responsabile: Dr. Dario Raimondo
 Tel: 0921920712

Fondazione Istituto San Raffaele

G. Giglio di Cefalù



CONSENSO INFORMATO ALL'ATTO ENDOSCOPICO

Il sottoscritto _____ dichiara di essere stato informato dal Dr. _____, in modo chiaro e comprensibile, che per il proprio quadro clinico, è opportuna l'esecuzione della procedura endoscopica proposta.

Dichiaro di avere letto attentamente e di avere avuto spiegato quanto esposto nelle informazioni relative all'esame e pertanto di avere chiaramente compreso le indicazioni e le modalità d'esecuzione, di essere pienamente consapevole degli obiettivi, dei benefici, degli insuccessi e degli eventuali rischi e complicanze legate all'endoscopia. Sono stato altresì informato sull'eventuale alternativa diagnostica che viene consapevolmente rifiutata.

Dichiaro di aver ricevuto copia dell'informativa scritta specifica.

Sono consapevole che è mio diritto richiedere ulteriori spiegazioni in ogni momento.

Sono anche consapevole che posso revocare le mie decisioni qui espresse sino al momento dell'esecuzione dell'esame.

Concedo ai Sanitari di modificare il decorso della procedura, qualora si rendesse necessario per tutelare la mia salute e la mia integrità fisica, in ragione delle mie condizioni generali, della situazione specifica degli imprevisti che potrebbero verificarsi in sede operatoria.

Le informazioni fornite sono state del tutto esaurienti e ben comprese e pertanto esprimo il mio consenso, consapevole e cosciente, ad essere sottoposto a:

ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA

Data _____

Firma dell'utente

Firma del medico
