



ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA

Gentile Signora, egregio Signore, in questa pagina Le forniamo alcune informazioni sull'esame che Le è stato prescritto. La preghiamo di leggerle attentamente e di discuterne con il personale medico.

COS'È L'ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGDS)? È l'esame diagnostico che consente di esaminare direttamente la superficie interna dell'esofago, dello stomaco e del duodeno.

PERCHÈ VIENE FATTA? Per accertare se i disturbi che Lei lamenta o la malattia da cui è affetto siano causati o associati ad alterazioni dell'esofago, dello stomaco o del duodeno e per impostare un'adeguata terapia.

COME SI SVOLGE? Al paziente, digiuno da almeno otto ore e disteso sul fianco sinistro, viene posto tra i denti un boccaglio (in caso di protesi dentaria questa dovrà essere rimossa) e quindi viene introdotta dalla bocca una sonda lunga e flessibile (l'endoscopio) che viene guidata sino al duodeno. Quando tutti gli organi sopraddetti sono stati esaminati lo strumento viene lentamente rimosso. Nel corso dell'EGDS possono essere effettuate delle biopsie, che sono dei prelievi di mucosa destinati ad essere esaminati al microscopio. In taluni casi possono anche rendersi necessarie o opportune manovre terapeutiche (ad esempio rimozione di polipi o cauterizzazione di lesioni sanguinanti) non prevedibili prima dell'inizio dell'esame. L'esame dura in media pochi minuti, non è doloroso e non interferirà con la Sua normale respirazione. Durante l'esame sarà anzi utile mantenere un comportamento rilassato e collaborativo, cercando di controllare eventuali conati di vomito con respirazioni profonde.

QUALI SONO LE POSSIBILI COMPLICANZE? Anni di esperienza dimostrano che l'EGDS è un esame sicuro; tuttavia, esso può essere gravato, come qualsiasi atto medico, da rare complicanze. Le complicanze della EGDS, che accadono con una frequenza inferiore a 1 caso su 1.000, sono costituite da perforazione, emorragia e problemi cardio-respiratori; queste complicanze, in alcune ancor più rare circostanze (1 caso su 10.000), potrebbero rendere necessari particolari interventi terapeutici, anche chirurgici, o risultare pericolosi per la vita.

QUAL È L'ALTERNATIVA DIAGNOSTICA? È rappresentata dall'esame radiologico dell'apparato digerente, che è meno accurato nella diagnosi delle malattie di questi organi, non permette di eseguire eventuali prelievi biotici e spesso deve comunque essere integrato con una successiva EGDS.

CONSIGLI PER LA PREPARAZIONE ALL'ESAME: L'esofagogastroduodenoscopia, richiede il digiuno da almeno 6 - 8 ore, pertanto, se l'esame viene effettuato al mattino, si raccomanda il digiuno dalla sera prima dalla mezzanotte, mentre, quando è programmato nel pomeriggio, è consentita una colazione leggera al mattino (per es. tè con biscotti). Prima dell'esame è opportuno rimuovere eventuali protesi dentarie mobili. Nel caso si assumano abitualmente farmaci, questi vanno normalmente continuati anche il giorno dell'esame almeno 2-3 ore prima. Va, però evitata l'assunzione di soluzioni (antiacidi, sucralfato) che possono rendere difficoltosa l'esecuzione dell'esame, ostacolando la visione.

LA SEDAZIONE LIEVE

COS'È LA SEDAZIONE LIEVE? È una modalità di sedazione tramite la quale il paziente ottiene la riduzione o la scomparsa dell'ansia legata all'esecuzione dell'esame, pur mantenendo la capacità di controllare la respirazione e di rispondere agli stimoli tattili e ai comandi verbali.

PERCHÈ VIENE FATTA? Gli obiettivi della sedazione in endoscopia sono quelli di ridurre il disagio per il paziente e rendere meno fastidioso l'esame.

COME SI OTTIENE? Si ottiene somministrando per via endovenosa farmaci ansiolitici della classe delle benzodiazepine. Un farmaco non sedativo, ma talora utilizzato nel corso dell'esame, è il N-butil bromuro di joscina (Buscopan®) che è dotato di un'azione antispastica. È inoltre consigliabile effettuare un'anestesia locale del cavo orale e del faringe con un anestetico sotto forma di spray.

QUALI SONO LE POSSIBILI COMPLICANZE? La sedazione lieve può essere gravata, come qualsiasi atto medico, da rare complicanze quali: isolati casi di broncospasmo e reazioni allergiche, alterazioni della pressione arteriosa, della frequenza e del ritmo cardiaco, depressione respiratoria, che in alcune ancor più rare circostanze potrebbero rendere necessari particolari interventi terapeutici o risultare pericolose per la vita. Inoltre, si possono avere dolore e flebite nel punto di iniezione. Per la sedazione indotta da questi farmaci il paziente potrà lasciare l'ambulatorio solo se accompagnato e, nelle 24 ore successive all'esame endoscopico, dovrà astenersi dalle attività che necessitano di particolare vigilanza (inclusa la guida di autoveicoli).

QUAL È L'ALTERNATIVA? Eseguire l'esame endoscopico senza alcuna sedazione o anestesia locale.



Servizio di endoscopia digestiva

QUESTIONARIO PRE-ENDOSCOPICO

Cognome e nome

Età altezza peso professione

Indirizzo tel.....

Medico di famiglia DR.....

Di quali malattie soffre o ha sofferto?

Attacco cardiaco/infarto? SÌ NO

Pressione elevata? SÌ NO

Asma bronchiale? SÌ NO

Allergie? SÌ NO

Epilessia/convulsioni? SÌ NO

Ictus cerebrale? SÌ NO

Calcolosi urinaria? SÌ NO

Diabete? SÌ NO

Epatite virale? SÌ NO

Tumori? SÌ NO

Cirrosi epatica? SÌ NO

Interventi chirurgici? SÌ NO

Se si specificare

.....

.....

Precedenti esami endoscopici

.....

Attualmente presenta uno di questi disturbi:

Dolore toracico? SÌ NO

Difficoltà di respiro? SÌ NO

Palpitazioni? SÌ NO

Tosse? SÌ NO

Per favore scriva il nome dei farmaci che assume

.....

.....

Ha protesi dentaria? SÌ NO

Eventuali altre notizie utili

.....

.....

.....

VALUTAZIONE ANAMNESTICA PER LA SEDAZIONE

Di quali malattie soffre o ha sofferto?

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| Soffre di epilessia? | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| Assume farmaci neurologici o sedativi? | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| Soffre di asma? | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| Soffre di bronchite? | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| È fumatore? | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| Russa quando dorme? | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| È iperteso? | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| È cardiopatico? | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| È diabetico? | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| Soffre di tiroide? | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| Soffre di malattie epatiche? | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| Assume bevande alcoliche? | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| Soffre di allergie? | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| E' allergico a sostanze farmacologiche o chimiche? | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| <u>E' allergico al LATTICE?</u> | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| Soffre di glaucoma? | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| È mai stato sottoposto ad anestesia? | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| Ha mai avuto problemi con l'anestesia? | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| Precedenti esami endoscopici con sedazione? | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |

Se si specificare:

Per favore scriva il nome dei farmaci che assume

.....

Data..... **Firma del paziente**

A cura del Medico Curante e/o dello stesso Paziente



SERVIZIO DI ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Consenso informato all'esame endoscopico dell'apparato digerente

Io sottoscritto/a..... nato il a.....
affetto da

dichiaro

di essere stato informato in modo comprensibile e soddisfacente in previsione dell'Esame endoscopico.....

- Ho letto attentamente le informazioni fornitemi all'atto della prenotazione e ho ricevuto spiegazioni esaurienti in merito all'esame cui sto per essere sottoposto. Sono stato informato che le moderne procedure diagnostiche sono sicure, ma comprendo che, come per tutte le discipline mediche, non sono esenti da un certo rischio, pur se effettuate con perizia, prudenza e diligenza.
- Ho ben compreso come lo scopo dell'accertamento diagnostico sia la diagnosi della patologia di cui soffro e il suo eventuale trattamento.
- Sono stato informato del fatto che per il mio caso non sarà necessario un ricovero e che esiste non esiste la possibilità di eseguire l'esame endoscopico sotto sedazione cosciente.
- Il medico endoscopista mi ha esplicitamente spiegato la metodica cui verrò sottoposto, ben chiarito i vantaggi che possono derivare da quanto mi verrà praticato, così come i rischi e le possibili complicanze, rare ma possibili. Acconsento a sottopormi ad eventuali prelievi biotici e/o misure terapeutiche che si rendessero necessarie e opportune nel corso e dopo l'esecuzione della procedura. In caso di complicanze saranno utilizzati tutti i presidi terapeutici atti ad affrontarle, compresi gli interventi chirurgici. Ho per parte mia informato lo Specialista endoscopista delle patologie concomitanti di cui portatore e dei trattamenti farmacologici da me seguiti attualmente e in passato, in particolare riguardo ai farmaci che possono interferire con la coagulazione e/o che mi hanno dato reazioni allergiche.
- Mi è stato spiegato inoltre che l'esame endoscopico, sebbene sia l'indagine più sensibile e più specifica per la diagnosi delle malattie dell'apparato digerente, ha una accuratezza che non raggiunge, anche nelle migliori condizioni di preparazione e condotta dallo specialista più esperto, una accuratezza del 100%.
- Il Medico endoscopista mi ha chiaramente illustrato le conseguenze connesse con il rifiuto della Procedura che mi è stata proposta, che consistono nella impossibilità di effettuare una diagnosi precisa e, di conseguenza, di consigliare/iniziare un trattamento terapeutico specifico.

- ❑ Sono stato informato in modo chiaro e comprensibile della possibilità di eseguire l'esame endoscopico proposto sotto sedazione farmacologica.
- ❑ Ho compreso chiaramente le indicazioni e le modalità di esecuzione; sono ben consapevole dei benefici e degli eventuali rischi e complicanze legati alla somministrazione di farmaci impiegati per rendere meno fastidioso l'esame e migliorare la collaborazione del paziente. Sono stato informato sulla eventuale alternativa di sottoporsi all'esame endoscopico senza alcuna sedazione o con anestesia locale (quest'ultima solo in caso di esofagogastroduodenoscopia).

Accetto quanto mi è stato proposto, e con la firma confermo:

- ❖ di aver parlato con lo Specialista Endoscopista del mio caso e di quanto ad esso connesso (possibili complicanze e eventuali alternative) e di aver ricevuto risposte esaurienti
- ❖ di essere non essere sottoposto a sedazione cosciente o con anestesia locale (quest'ultima solo in caso di esofagogastroduodenoscopia) per l'esame endoscopico cui mi sto per sottoporre
- ❖ di autorizzare il Curante a dare informazioni sul mio stato di salute a

La Sig./Il.Sig.....

Nessuno all'infuori del sottoscritto

Data.....

Il Paziente (Genitore/Curatore).....

Il Medico Proponente.....