



ISTITUTO DI CURA
CITTÀ DI PAVIA

Responsabile: Dott. Pavlos Lagoussis
Servizio di Endoscopia Digestiva
Tel 0382-433713

NOTA INFORMATIVA PER 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.

L' ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA

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

PERCHE' VIENE FATTA? Per accertare se i disturbi che Lei lamenta e/o le alterazioni cliniche 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 sottile, 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 Le 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 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. L'eventuale esecuzione di atti terapeutici (ad esempio asportazione di polipi, manovre di cauterizzazione di lesioni sanguinanti) possono aumentare la probabilità delle suddette complicanze che comunque non superano nel loro insieme 1 caso su 100.

QUAL E' L'ALTERNATIVA DIAGNOSTICA? E' 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.



ISTITUTO DI CURA CITTÀ PAVIA - Via Parco Vecchio, 27 - 27100 PAVIA - Tel. 0382.433611 - Fax. 0382.576821

Di Istituti Clinici Di Pavia e Vigevano S.p.A. - Via Parco Vecchio, 27 - 27100 Pavia

www.grupposandonato.it - info.iccp@grupposandonato.it - Cod. Fisc. e P. IVA 00182770180 - Reg. Imp. Pavia N. 00182770180 - CAP. SOC. € 7.206.300 I.V.

LA SEDAZIONE COSCIENTE

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

PERCHE' 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,   il N-butil bromuro di joscina (Buscopan®) che   dotato di un'azione antispastica. E' 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 cosciente pu  essere gravata 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 pi  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 potr  lasciare l'ambulatorio solo se accompagnato e, **nelle 24 ore successive all'esame endoscopico, dovr  astenersi dalle attivit  che necessitano di particolare vigilanza (inclusa la guida di veicoli e biciclette).**

QUAL E' L'ALTERNATIVA? Eseguire l'esame endoscopico senza alcuna sedazione o anestesia locale. Ci  per  pu  comportare una maggiore intensit  e un peggior ricordo dei disturbi e/o dolori causati dall'esame endoscopico.

INFORMAZIONI SULLA SUA SALUTE

Ora, ai fini di eseguire l'esame endoscopico e gli eventuali atti ad esso connessi (biopsie, rimozione di polipi, terapia di lesioni sanguinanti o altro) nel modo pi  sicuro possibile,   importante che Lei ci informi sul suo stato di salute ed in particolare ci segnali se sono presenti le seguenti condizioni:

- Grave cardiopatia
- Insufficienza respiratoria
- Insufficienza renale
- Diabete
- Malattie vascolari
- Malattie neurologiche
- Malattie emorragiche
- Terapie anticoagulanti in corso (consultare il proprio medico per eventuale emblicazione con eparina a basso peso molecolare)
- Diverticoli
- Interventi chirurgici sull'apparato digerente

Consenso per ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA

Il Sottoscritto/a Sig./Sig.ra _____

Nato/a a _____ il ____/____/____

Residente a _____

DICHIARA

- Di essere pienamente cosciente
- Di aver letto attentamente il presente documento
- Che il medico procedente ha provveduto a fornire le spiegazioni richieste ed utili per la piena comprensione di quanto in esso riportato
- Di essere stato informato che durante l'esecuzione dell'EGDS potranno rendersi necessarie o opportune ulteriori manovre diagnostiche o terapeutiche. Mi è stato inoltre spiegato che mi verranno somministrati farmaci per indurre sedazione e diminuire la sensibilità dolorifica
- Di averne, pertanto, compreso il contenuto
- Di autorizzare il medico procedente ad effettuare il trattamento medico/chirurgico sopra descritto
- Di autorizzare fin da ora a procedere ad un ulteriore e diverso intervento qualora si verificano circostanze tali da renderlo opportuno.

Data ____/____/____

Firma medico _____

Firma paziente _____

In caso di impossibilità o di difficoltà di lettura, il documento dovrà essere letto al paziente alla presenza di un testimone e sottoscritto da entrambi. In questo caso la dichiarazione sarà la seguente:

Il Sottoscritto/a Sig./Sig.ra _____ C.F.: _____

Nato/a a _____ il ____/____/____

Residente a _____ tel.: _____

DICHIARA

- Di essere pienamente cosciente
- Di aver letto attentamente il presente documento
- Che il medico procedente ha provveduto a fornire le spiegazioni richieste ed utili per la piena comprensione di quanto in esso riportato
- Di essere stato informato che durante l'esecuzione dell'EGDS potranno rendersi necessarie o opportune ulteriori manovre diagnostiche o terapeutiche. Mi è stato inoltre spiegato che mi verranno somministrati farmaci per indurre sedazione e diminuire la sensibilità dolorifica
- Di averne, pertanto, compreso il contenuto
- Di autorizzare il medico procedente ad effettuare il trattamento medico/chirurgico sopra descritto
- Di autorizzare fin da ora a procedere ad un ulteriore e diverso intervento qualora si verificano circostanze tali da renderlo opportuno

Data ____/____/____

Firma medico _____

Firma paziente _____

Il Sottoscritto/a Sig./Sig.ra _____ C.F.: _____

Nato/a a _____ il ____/____/____

Residente a _____ tel.: _____

DICHIARA

Che il presente documento è stato letto al Sig./Sig.ra _____

In sua presenza

Data ____/____/____

Firma del testimone _____

*Nel caso di impedimento fisico che renda impossibile la sottoscrizione da parte del paziente , il documento dovrà essere letto alla presenza di un testimone il quale, sotto la sua responsabilità, dichiarerà che il paziente ha prestato il consenso al trattamento

Il Sottoscritto/a Sig./Sig.ra _____ C.F.: _____

Nato/a a _____ il ____/____/____

Residente a _____ tel.: _____

DICHIARA

- **Che il presente documento è stato letto al Sig./Sig.ra _____ in Sua presenza**
- **Che il medico precedente ha provveduto a fornire le spiegazioni richieste ed utili per la piena comprensione di quanto in esso riportato**
- **Che il Sig./Sig.ra _____ ha autorizzato il medico precedente ad effettuare il trattamento sopra descritto**
- **Il Sottoscritto/a Sig./Sig.ra _____ autorizzo fin da ora a procedere ad un ulteriore e diverso intervento qualora si verificano circostanze tali da renderlo opportuno**

Data ____/____/____

Firma medico _____

Firma testimone _____

Nel caso in cui il paziente si trovi in stato di momentanea incoscienza e fuori dai casi di ricorrenza dello stato di necessità, il medico dovrà attendere che egli riprenda coscienza per chiedere il consenso al trattamento. **Non è corretto chiedere il consenso ai familiari, poiché si tratta di un atto personale.*

Nel caso di paziente **minore di età o in stato di incapacità legale e salvo la ricorrenza dello stato di necessità, il consenso dovrà essere prestato **dal genitore esercente la patria potestà o dall'Autorità Tutoria.***

Nel caso in cui il paziente non sia interdetto né in abilitativo e tuttavia si trovi in stato di incapacità naturale (non in grado di intendere e di volere- salvo la ricorrenza dello stato di necessità- il consenso all'intervento/esame dovrà essere prestato da un **curatore appositamente nominato da Tribunale competente.*