

 Casa di Cura Villa Pini d'Abruzzo	<b>CASA DI CURA VILLA PINI D'ABRUZZO</b>	<b>M-ED-17</b>
	<b>SERVIZIO DI ENDOSCOPIA DIGESTIVA</b>	Rev. n. 7
	<b>INFORMATIVA E DICHIARAZIONE DI CONSENSO ALLA SEDAZIONE ANALGESICA PROFONDA</b>	Ultima Rev.: 29/06/2022

*Gentile Utente,*

*le seguenti informazioni vogliono renderLa consapevole del tipo di procedura a cui verrà sottoposto/a Lei o il Suo familiare.*

*Nel Suo interesse, La preghiamo pertanto di leggerle attentamente.*

*Potrà comunque chiedere ulteriori chiarimenti al Suo Medico curante o al Medico endoscopista, prima dell'esecuzione dell'indagine.*

### **COS'È LA SEDAZIONE ANALGESICA PROFONDA**

Per alcune procedure endoscopiche, è a volte necessario ricorrere alla sedazione profonda al fine di indurre uno stato di rilassamento nel paziente, riducendo i disagi legati all'esame e facilitandone l'esecuzione da parte del Medico endoscopista. Le motivazioni di una sedazione profonda possono essere varie, soggettive e oggettive: lo stato emotivo del paziente, eventuali pregresse procedure simili con esperienze spiacevoli, particolari patologie di rilievo, caratteristiche fisiche e morfologiche ed altro ancora.

La sedazione profonda, di fatto quasi equiparabile ad una anestesia generale, viene ottenuta mediante la somministrazione di appositi farmaci da parte del Medico anestesista, con la collaborazione di un Infermiere. Essa consente al paziente di non essere cosciente durante lo svolgimento dell'esame pur continuando a respirare autonomamente, con l'assistenza dei sanitari e senza dolore.

I farmaci sono somministrati per via endovenosa, attraverso un ago cannula di plastica inserito preventivamente in una vena. Durante l'esame vengono controllati i parametri vitali (pressione arteriosa, frequenza cardiaca e ossigenazione del sangue), viene fornita adeguata assistenza alla ventilazione ed il paziente è monitorato fino a quando non si sarà completamente risvegliato.

### **COME EFFETTUARE LA PREPARAZIONE**

Osservare il digiuno completo per almeno 6 ore prima dell'esame (l'acqua è consentita in piccolissima quantità solo per assumere farmaci importanti per il cuore o pressione).

### **VALUTAZIONE ANESTESIOLOGICA**

Prima di ricevere una sedazione profonda, il Medico anestesista valuterà le Sue condizioni di salute attraverso:

- Una serie di domande su eventuali malattie, terapie in atto o effetti collaterali con precedenti anestesie;
- La consultazione della documentazione sanitaria in suo possesso.

In questa occasione, Lei potrà fare tutte le domande che ritiene opportune.

### **COSA NON POTRA' FARE DOPO LA SEDAZIONE PROFONDA**

I farmaci utilizzati per la sedazione profonda hanno emivita breve e scompaiono rapidamente dal circolo ematico pertanto, una volta recuperate le condizioni pre-esame, il paziente potrà tornare al domicilio. Tuttavia, nelle 24 ore successive dovrà astenersi dalla guida di autoveicoli o dall'impiego di macchinari pericolosi; non potrà eseguire lavori impegnativi o che richiedano particolare attenzione né firmare documenti o prendere decisioni importanti; non dovrà assumere alcolici o farmaci al di fuori di quelli prescritti né restare da solo.

Potrà assumere liquidi e un pasto leggero.

### **VANTAGGI E COMPLICAZIONI DELLA SEDAZIONE PROFONDA**

Attraverso un controllo dell'ansia e del dolore, la sedazione rende possibili, in particolari soggetti, procedure che altrimenti sarebbero mal tollerate dal paziente e/o risulterebbero tecnicamente difficili da realizzare. Durante e dopo la procedura, le Sue condizioni saranno costantemente sorvegliate, anche con l'ausilio di monitoraggi strumentali (elettrocardiogramma, pressione arteriosa, ossigenazione del sangue). I principali rischi potenziali, rarissimi e statisticamente poco rilevanti, che la sedazione profonda potrebbe comportare comprendono: depressione respiratoria, reazioni allergiche, broncospasmo da inalazione, abbassamento della pressione arteriosa fino allo shock e arresto cardio-circolatorio.

## ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

### DATI IDENTIFICATIVI DEL PAZIENTE:

Io sottoscritto/a Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_  
(Prov. \_\_\_\_\_) Data di nascita \_\_\_\_\_

### DATI IDENTIFICATIVI DI EVENTUALI ALTRI TITOLARI DI CONSENSO

Io sottoscritto/a Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_  
(Prov. \_\_\_\_\_) Data di nascita \_\_\_\_\_

Documento identificativo \_\_\_\_\_

In qualità di:  GENITORE (se il Paziente è minorenne)  TUTORE  AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO  
 ALTRO \_\_\_\_\_

Dichiaro di:

- aver letto e compreso l'informativa;
- di essere stato/a informato/a in modo completo ed esauriente sulle indicazioni cliniche della procedura, sue finalità, modalità di esecuzione, alternative;
- di aver ricevuto risposte approfondite e comprensibili ai chiarimenti da me richiesti.

Pertanto

**Accenso**  **Non accenso**  
alla SEDAIONE ANALGESICA PROFONDA prima della procedura endoscopica

Per le donne in età fertile:

**Escludo con certezza gravidanza in atto**  **Non escludo con certezza gravidanza in atto**

Data \_\_\_\_\_ Firma del Paziente o del Titolare del consenso \_\_\_\_\_

Nome e Cognome del Medico che ha fornito le  
spiegazioni e registrato il consenso

Firma del Medico

*In qualsiasi momento prima dell'esecuzione dell'atto sanitario è possibile revocare il proprio consenso*

### REVOCA DEL CONSENSO

Io sottoscritto/a

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di  
nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ **REVOCO** il consenso all'atto sanitario su indicato.

Data \_\_\_\_\_ Firma del Paziente o del Titolare del consenso \_\_\_\_\_

Firma del Medico \_\_\_\_\_

\*\* INFORMATIVA E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO devono necessariamente essere stampati fronte / retro.