 Casa di Cura Villa Pini d'Abruzzo	CASA DI CURA VILLA PINI D'ABRUZZO	M-ED-02
	SERVIZIO DI ENDOSCOPIA DIGESTIVA	
	INFORMATIVA E DICHIARAZIONE DI CONSENSO ALLA EGDS (Esofagogastroduodenoscopia)	
		Rev. n. 11
		Ultima Rev.: 10/04/2026

Cognome e nome del paziente _____

Nato a _____ il _____

QUESTIONARIO PRE-ENDOSCOPICO (compilato da parte del paziente o del Medico curante)

Di quale malattie soffre o ha sofferto:

- | | | |
|---|----|----|
| - Avete avuto problemi di natura allergica | SI | NO |
| - Siete affetti da epatite virale o ne siete portatori | SI | NO |
| - Sapete di essere sieropositivi per L'AIDS | SI | NO |
| - Siete affetti da tubercolosi polmonare in fase attiva | SI | NO |
| - Siete portatori di stimolatore cardiaco (Pace Maker) | SI | NO |
| - Siete affetti da vizio valvolare cardiaco | SI | NO |
| - Siete portatore di protesi valvolare cardiaca | SI | NO |
| - Siete in terapia con farmaci anticoagulanti o antiaggreganti (Coumadin, Sintrom, Aspirina, NAO) | SI | NO |
| - Asma bronchiale | SI | NO |
| - Epilessia o convulsioni | SI | NO |
| - Pressione alta | SI | NO |
| - Diabete | SI | NO |
| - Siete affetti da glaucoma | SI | NO |
| - Siete affetti da ipertrofia prostatica benigna | SI | NO |
| - Interventi chirurgici | SI | NO |

Se si (specificare) _____


Attualmente presenta uno di questi disturbi:

- | | | |
|-----------------------------|----|----|
| - Febbre | SI | NO |
| - Dolore toracico | SI | NO |
| - Palpitazioni, cardiopalmo | SI | NO |
| - Difficoltà respiratoria | SI | NO |
| - Tosse | SI | NO |

Scriva il nome dei farmaci che assume _____

Ha protesi dentarie mobili? SI NO

Se indossa oggetti di valore è opportuno consegnarli all'accompagnatore.

 Casa di Cura Villa Pini d'Abruzzo	CASA DI CURA VILLA PINI D'ABRUZZO	M-ED-02
	SERVIZIO DI ENDOSCOPIA DIGESTIVA INFORMATIVA E DICHIARAZIONE DI CONSENSO ALLA EGDS (Esofagogastroduodenoscopia)	Rev. n. 11 Ultima Rev.: 10/04/2026

Io sottoscritto (cognome e nome) _____

nato a _____ il _____

In caso di altra/e persona/e che assiste/assistono alla spiegazione da parte del medico con il consenso del paziente segnalare anche:

Nome e cognome _____

Cognome e nome _____

DICHIARO

che sono stato/a chiaramente e compiutamente informato in merito alla necessità di procedere all'esame diagnostico e terapeutico qui di seguito descritto e per il quale ho effettuato la preparazione e/o gli esami previsti:

ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGDS) DIAGNOSTICA.

L'EGDS è un esame che consente di esaminare l'esofago, lo stomaco ed il duodeno, tramite l'introduzione, attraverso la bocca, di una piccola sonda dotata di telecamera, che proietta immagini molto dettagliate su video. E' indicata in tutte le malattie delle prime vie digestive ed è di grande aiuto nella diagnosi.

Durante l'EGDS diagnostica (che viene in genere eseguita in sedazione più o meno profonda) possono essere effettuati dei prelievi biotici e/o citologici, per l'esame istologico, citologico o per altre indagini, come, ad esempio, la ricerca del battere *Helicobacter Pylori*, causa frequente di malattie dello stomaco e del duodeno e se vengono scoperti dei polipi, il Chirurgo endoscopista può decidere di asportarli. Talora i polipi possono essere di grosse dimensioni e presentare particolari difficoltà tecniche nell'asportazione. In caso di emorragie spontanee o secondarie a biopsie od a polipectomie, il medico può trovarsi nella necessità di eseguire atti terapeutici allo scopo di ottenere l'emostasi o con l'iniezione di sostanze vasocostrittive e/o emostatiche, o con l'impiego di sonde laser, lacci o clips.

In presenza di varici esofagee o gastriche può essere necessario iniettare sostanze cauterizzanti o applicare lacci, con lo scopo di ottenerne l'occlusione. Dilatazioni pneumatiche, con sonde di diametro progressivo, sono indicate nei casi di stenosi dell'esofago, dello stomaco o del duodeno.

Durante o dopo l'esame, possono insorgere complicanze e queste sono più frequenti e gravi nel caso in cui l'esame stesso venga condotto in pazienti anziani, in condizioni generali compromesse, per la presenza di malattie gravi o di particolari fattori di rischio.

Complicanze endoscopiche:

- **emorragie in corso di esame:** possono avvenire dopo conati di vomito o dopo biopsie, specialmente in pazienti affetti da malattie di fegato o in trattamento anticoagulante o antiaggregante piastrinico, o per rottura spontanea di varici. Non sempre un'emorragia può essere controllata definitivamente per via endoscopica e può richiedere un atto chirurgico o emotrasfusioni, con conseguente rischio infettivologico.
- **rottura del faringe, dell'esofago, dello stomaco e del duodeno:** è un evento raro, ma possibile, in presenza di diverticoli, o qualora si trovino difficoltà nel passaggio dello strumento in presenza di neoplasie, di incoordinazione motoria o di esiti di radioterapia. Questo rischio aumenta in condizioni di emergenza e quando il paziente non sia in condizioni di collaborare. Può essere un evento grave e richiedere un trattamento chirurgico.


Complicanze di tipo medico:

- **cardiache, respiratorie o neurologiche:** sono legate all'aggravamento di una malattia coesistente.
- **reazioni allergiche,** o comunque patologiche, a farmaci.
- **complicanze legate alle procedure anestesilogiche:** vedi atto per il consenso informato all'anestesia.
- **inalazione di materiale gastrico o sangue:** può avvenire in corso di esami urgenti in pazienti inconsci e può essere motivo di gravi complicazioni cardio-respiratorie.
- **batteriemie:** tutti gli esami endoscopici comportano transitori passaggi in circolo di germi a partenza dal tubo digerente ed è necessario che i portatori di difetti valvolari o di protesi cardiache si sottopongano a profilassi antibiotica.

Altre complicanze potrebbero essere rappresentate da _____

L'esame endoscopico e le procedure ad esso collegate, benché eseguite con tecnica rigorosa, non possono considerarsi esenti da rischi e la frequenza delle complicanze può essere aumentata dalla/e malattia/e associata/e da cui il/la paziente è affetto/a

Nel corso della procedura diagnostica vengono eseguite riprese filmate e/o fotografiche e queste vengono utilizzate in ambito medico per migliorare le conoscenze scientifiche, nel completo riserbo della privacy.

	CASA DI CURA VILLA PINI D'ABRUZZO	M-ED-02
	SERVIZIO DI ENDOSCOPIA DIGESTIVA INFORMATIVA E DICHIARAZIONE DI CONSENSO ALLA EGDS (Esofagogastroduodenoscopia)	Rev. n. 11 Ultima Rev.: 10/04/2026

Tale programma mi è stato descritto in modo dettagliato ed approfondito fino ad una completa comprensione da parte mia. Sono stato adeguatamente informato in merito all'esame diagnostico per la sintomatologia da me presentata, sui benefici e rischi ragionevolmente prevedibili, sugli eventuali trattamenti alternativi e sui rischi connessi alla mancata esecuzione dell'indagine non eseguita per mia revoca all'esecuzione. Avendo compreso compiutamente le spiegazioni fornite dal medico, avendo avuto il tempo necessario per decidere, considerando che tutte le domande poste hanno avuto risposta soddisfacente,

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

liberamente ad essere sottoposto all'esame diagnostico prescrittomi. In caso di revoca del presente consenso mi impegno a darne immediata comunicazione al medico.

Data

Firma del paziente

Cognome e nome del sanitario che ha fornito le spiegazioni e registrato il consenso

Firma del sanitario

Cognome e nome del secondo sanitario che ha eventualmente assistito alla spiegazione

Firma del secondo sanitario

IN CASO DI PAZIENTE

- MINORE
 INTERDETTO
 CON IMPEDIMENTI FISICI
 IMPOSSIBILITATO A FIRMARE PER LA PATOLOGIA
 CON AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

Data

• **Cognome e nome di entrambi i genitori o di chi esercita la tutela**

_____ N. documento identificativo _____
_____ N. documento identificativo _____

Firma di entrambi i genitori o di chi esercita la tutela, verificata la loro identità (in caso di pz minorenni)

• **Cognome e nome del tutore, curatore o amministratore di sostegno**

_____ N. documento identificativo _____

Firma del tutore o curatore o amministratore di sostegno (verificata la sua identità ed acquisita copia del provvedimento di tutela, curatela o amministrazione di sostegno)


Cognome e nome del sanitario che ha fornito le spiegazioni e registrato il consenso

Firma del sanitario

Cognome e nome del secondo sanitario che ha eventualmente assistito alla spiegazione

Firma del secondo sanitario

In data _____	Cognome e nome _____
REVOCO IL CONSENSO	Cognome e nome _____
	Firma _____
	Firma _____

 Casa di Cura Villa Pini d'Abruzzo	CASA DI CURA VILLA PINI D'ABRUZZO	M-ED-02
	SERVIZIO DI ENDOSCOPIA DIGESTIVA	Rev. n. 11
	INFORMATIVA E DICHIARAZIONE DI CONSENSO ALLA EGDS (Esofagogastroduodenoscopia)	Ultima Rev.: 10/04/2026

**NOTA INFORMATIVA E CONSENSO
ALLA SEDO-ANALGESIA PER L'ESAME ENDOSCOPICO**

Esistono due tipi di sedazione per eseguire esami di endoscopia digestiva: la sedazione cosciente e la sedazione profonda, la prima può essere somministrata dall'endoscopista, la seconda deve essere somministrata dallo specialista in anestesia e rianimazione. In caso di sedazione profonda si dovrà concordare in anticipo l'anestesista della collaborazione richiesta.

Cosa è la sedazione/Analgesia o sedazione cosciente?

Gentile utente, l'esame che le è stato richiesto potrebbe risultare fastidioso e, in casi particolari, doloroso. Per limitare il disagio e rendere l'esame più confortevole si consiglia la somministrazione per via endovenosa di alcuni farmaci, oppiacei, benzodiazepine, antispastici, che permettono di ridurre il dolore e sedare, dando il più delle volte amnesia anterograda. Nel corso della sedo-analgesia si conserva la capacità di respirare autonomamente, di rispondere agli stimoli tattili e rispondere a comandi verbali.

La scelta dei farmaci viene fatta dal medico endoscopista in base alle condizioni cliniche e generali del paziente, nonché al tipo ed alla durata prevista della procedura. La sedo-analgesia viene eseguita sotto costante monitoraggio delle funzioni cardio-respiratorie mediante pulsossimetro, in particolari casi si monitorizza anche alla pressione sanguigna.

Quali sono le complicanze:

- Nausea e vomito – relativamente più frequenti (5-7% dei casi)
- Depressione respiratoria, apnea e in rarissimi casi arresto cardio-respiratorio (complicanze gravi 1-3 su mille, con mortalità complessiva < 0,3/1000)
- Contrattura muscolare
- Alterazione della pressione arteriosa e del ritmo cardiaco
- Reazione allergica con rari casi di broncospasmo/orticaria
- Stato euforico
- Possibilità di insuccesso della sedazione, assai raro, legata a resistenza individuale


L'insorgenza di tali complicanze può essere controllata e trattata mediante monitoraggio continuo delle funzioni vitali ed avendo a disposizione presidi medici meccanici e antidoti.

In rarissimi casi possono avere un esito infausto. In rari casi possono verificarsi complicazioni locali nella sede dell'iniezione dei farmaci, quali dolore, sanguinamento o tromboflebiti, ematomi, reazioni avverse al cerotto

Quale alternativa?

Eseguire l'esame endoscopico senza sedazione, per contro questo comporta la necessità di una maggiore collaborazione da parte del paziente per sopportare la procedura, e può contribuire a limitare ulteriormente l'attendibilità diagnostica dell'esame

Dopo l'esame il paziente viene osservato per un breve periodo (di solito non più di 2 ore) in sala risveglio. Dovrà astenersi dalla guida di autoveicoli e dall'impiego di macchinari potenzialmente pericolosi, nonché dall'eseguire lavori impegnativi o prendere decisioni legali nelle 24 ore successive all'esame endoscopico e può tornare a casa accompagnato da qualcuno che guida.

 Casa di Cura Villa Pini d'Abruzzo	CASA DI CURA VILLA PINI D'ABRUZZO	M-ED-02
	SERVIZIO DI ENDOSCOPIA DIGESTIVA	Rev. n. 11
	INFORMATIVA E DICHIARAZIONE DI CONSENSO ALLA EGDS (Esofagogastroduodenoscopia)	Ultima Rev.: 10/04/2026

CONSENSO INFORMATO SEDOANALGESIA

Io sottoscritto (cognome e nome) _____

nato a _____ il _____

In caso di altra/e persona/e che assiste/assistono alla spiegazione da parte del medico con il consenso del paziente segnalare anche:

Cognome e nome _____

Cognome e nome _____

in vista della prestazione di **EGDS (EsofagoGastroDuedenoScopia) Diagnostica.**

DICHIARO

- sulla base delle verifiche effettuate in sede anamnestica dal medico responsabile dell'esecuzione della neurosedazione, di essere stato chiaramente e compiutamente informato in merito alla tecnica anestesilogica e ai rischi ad essa correlati. Le informazioni utili riguardano l'indicazione, l'utilità, le modalità di esecuzione e i rischi.
- di aver letto attentamente e compreso il **modulo informativo.**
- di aver seguito quanto prescritto per la preparazione all'esecuzione della neurosedazione.

Avendo fornito la massima collaborazione per una corretta compilazione, avendo compreso compiutamente le spiegazioni fornite dal medico, avendo avuto il tempo necessario per decidere, considerando che tutte le domande poste hanno avuto risposta soddisfacente,

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

liberamente ad essere sottoposto al trattamento prescrittomi. In caso di revoca del presente consenso mi impegno a darne immediata comunicazione al medico.

Data


Firma del paziente

Cognome e nome del sanitario che ha fornito le spiegazioni e registrato il consenso

Firma del sanitario

Cognome e nome del secondo sanitario che ha eventualmente assistito alla spiegazione

Firma del secondo sanitario

	CASA DI CURA VILLA PINI D'ABRUZZO	M-ED-02
	SERVIZIO DI ENDOSCOPIA DIGESTIVA	Rev. n. 11
	INFORMATIVA E DICHIARAZIONE DI CONSENSO ALLA EGDS (Esofagogastroduodenoscopia)	Ultima Rev.: 10/04/2026

IN CASO DI PAZIENTE

- MINORE
- INTERDETTO
- CON IMPEDIMENTI FISICI
- IMPOSSIBILITATO A FIRMARE PER LA PATOLOGIA
- CON AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

Data

• **Cognome e nome di entrambi i genitori o di chi esercita la tutela**

_____ N. documento identificativo _____
 _____ N. documento identificativo _____

Firma di entrambi i genitori o di chi esercita la tutela, verificata la loro identità (in caso di pz minorene)

• **Cognome e nome del tutore, curatore o amministratore di sostegno**

_____ N. documento identificativo _____

Firma del tutore o curatore o amministratore di sostegno (verificata la sua identità ed acquisita copia del provvedimento di tutela, curatela o amministrazione di sostegno)

Cognome e nome del sanitario che ha fornito le spiegazioni e registrato il consenso

Firma del sanitario

Cognome e nome del secondo sanitario che ha eventualmente assistito alla spiegazione

Firma del secondo sanitario

In data _____	REVOCO IL CONSENSO	Cognome e nome _____
		Cognome e nome _____
		Firma _____
		Firma _____