



ESAMI DI ENDOSCOPIA DIGESTIVA ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA

1. **Digiuno almeno da 8 ore;**
2. **Eliminare eventuale smalto dalle unghie delle mani;**
3. **Farsi accompagnare da qualcuno automunito perché dopo la sedazione somministrata per l'esecuzione dell'esame sarà vietato guidare fino al giorno successivo;**
4. **Portare tutti i fogli informativi, documentazione e consenso informato compilati e firmati;**
5. **Il giorno dell'esame presentarsi 30' prima dell'orario concordato, direttamente al °4 piano - torre/ascensore 5, senza fermarsi agli sportelli dell'accettazione**



Lei è stato/a prenotato/a per: **ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA**

Per eseguire l'esame è doveroso un **DIGIUNO DI ALMENO 8 ORE.**

Per eseguire la sedazione è necessario essere accompagnati.

E' consigliabile non prendere alcun impegno nelle ore successive.

Non potrà guidare la macchina o altri mezzi di trasporto sino alla mattina del giorno successivo

Si prega di voler portare le seguenti **impegnative separate**:

1. Esofagogastroduodenoscopia con eventuale biopsia (eventuale richiesta di visita specialistica gastroenterologica sulla stessa impegnativa).
2. Esame istocitopatologico apparato digerente di biopsia endoscopica a sede multipla

Il ticket verrà pagato per le prestazioni effettivamente eseguite.

SI PREGA DI PORTARE DOCUMENTAZIONE PER:

- esami eseguiti in precedenza
- in caso di nota cardiopatia presentarsi con Elettrocardiogramma recente (3 mesi)
- in caso di Utenti portatori di pace maker o ICD (defibrillatore cardiaco impiantabile) avvisare al momento della prenotazione l'Operatore del CUP
- in caso di Utenti con un peso corporeo superiore a 100 kg o che fanno uso di apparecchi CPAP (apparecchi per il trattamento delle apnee ostruttive del sonno) avvisare al momento della prenotazione l'operatore del CUP

SE SI ESEGUE UNA TERAPIA CON ANTIAGGREGANTI (Tiklid, Plavix, Brilique)

- se si è in terapia antiaggregante **singola** per patologia cardiovascolare a basso rischio (parlare con il proprio Medico Curante) è opportuno sospendere la terapia almeno 5 giorni prima dell'esame
- se si è in terapia antiaggregante **doppia** (es. Cardioaspirina + Plavix o Cardioaspirina+Efient) per una patologia cardiovascolare ad alto rischio (parlarne con il proprio Medico Curante) occorre concordare con lo Specialista Cardiologo di fiducia le eventuali modificazioni terapeutiche per la sospensione di Plavix o Efient.



Maugeri

SE SI ESEGUE TERAPIA CON ANTICOAGULANTI (Coumadin, Sintrom)

- è opportuno sospendere la terapia almeno 5 giorni prima dell'esame. Rivolgersi comunque al proprio Medico Curante o al Centro della Coagulazione di riferimento per le modalità di sospensione della terapia stessa. **Uno o due giorni precedente l'esame si deve eseguire l'INR** (che deve essere inferiore a 1,5) il cui referto è da portare in visione al Medico Endoscopista il giorno dell'esame

SE SI ESEGUE TERAPIA CON I NUOVI ANTICOAGULANTI ORALI DIRETTI

(XARELTO, ELIQUIS, LIXIANA)

- è opportuno sospendere la terapia 48 ore prima dell'esame. Rivolgersi comunque al proprio Medico Curante o allo Specialista Cardiologo di fiducia

SE SI ESEGUE TERAPIA CON IL NUOVO ANTICOAGULANTE ORALE DIRETTO

PRADAXA

- se si ha più di 75 anni o si presume di avere un ridotto filtrato glomerulare è opportuno sospendere il farmaco 72 ore prima. Rivolgersi comunque al proprio Medico Curante o allo Specialista Cardiologo di fiducia
- se si ha meno di 75 anni o non si presume di avere un ridotto filtrato glomerulare è opportuno sospendere il farmaco 48 ore prima. Rivolgersi comunque al proprio medico curante o allo Specialista Cardiologo di fiducia

SE SI ESEGUE TERAPIA MARZIALE (FERRO PER VIA ORALE) è opportuno sospendere la terapia almeno 3 giorni prima dell'esame

Per motivi tecnici, si prega, cortesemente, di rimuovere lo smalto per unghie
In caso di disdetta avvisare il servizio almeno 48 ore prima



Maugeri

Data:

Nome e Cognome del paziente:

Quali sono le sue condizioni di salute:

Per favore dica se ha già fatto questo esame o se ha mai avuto strane reazioni ai farmaci o **allergie** note. È importante sapere se Lei fa uso di **farmaci per la coagulazione, aspirina o per la circolazione del sangue**. Questi farmaci potrebbero essere un rischio per un'eventuale biopsia o asportazione di polipi.

L'età avanzata, l'obesità, le malattie del cuore, le gravi malattie polmonari, del fegato e del rene, aumentano il rischio della procedura.

Di quali malattie soffre o ha sofferto :

- | | |
|----------------------------|---|
| Attacco cardiaco / infarto | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Pressione elevata | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Asma bronchiale | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Allergie | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Epilessia o convulsioni | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Ictus cerebrale | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Calcolosi urinaria | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Diabete | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Epatite virale | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Tumori | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Cirrosi epatica | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Interventi chirurgici | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |

Se SI specificare:

.....
.....

Attualmente presenta uno di questi disturbi:

- | | |
|-----------------------|---|
| Dolore toracico | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Difficoltà di respiro | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Palpitazioni | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Tosse | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |

Per cortesia scriva il nome dei farmaci che assume :

.....
.....
.....

- | | |
|-----------------------------|---|
| Ha protesi dentaria ? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Fa uso di lenti a contatto? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |

Procedura proposta:	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGDS)
<p>Perché si propone questo trattamento? Quali sono le indicazioni e quale è la procedura operativa?</p>	<p>L'esame è generalmente indicato per cambiare la gestione dei suoi problemi attraverso una diagnosi più accurata ed un'eventuale terapia. Questo esame permette di vedere il suo esofago, il suo stomaco e la prima parte del suo intestino. Al momento attuale non c'è migliore esame per vedere queste parti del corpo. Il Dottore se necessario prenderà piccolissimi pezzi di tessuto (senza dolore) per un'analisi più approfondita al microscopio (biopsie).</p> <p>L'esame viene eseguito facendo passare un piccolo e flessibile tubo attraverso la Sua bocca.</p> <p>PREPARAZIONE</p> <p>Il suo stomaco deve essere vuoto quindi non mangi e non beva dalla mezzanotte prima dell'esame. Nel caso l'esame venga effettuato nel pomeriggio può fare, al mattino presto prima delle ore 8.00, solo una colazione leggera. Se deve prendere delle medicine beva solo dei piccoli sorsi d'acqua.</p> <p>MODALITA' DI ESECUZIONE</p> <p>Sarà necessario che lei si tolga gli occhiali, lenti a contatto ed eventuali dentiere.</p> <p>Le verrà spruzzato o applicato con un gargarismo un liquido che serve a toglierle il fastidio in gola. Il liquido contiene la stessa sostanza utilizzata dal dentista per l'anestesia locale. E' bene che lei ricordi se ha avuto problemi con questo tipo di anestesia.</p> <p>Questa sostanza ha un sapore amaro che le darà l'impressione di chiuso in gola.</p> <p>Le verrà somministrato anche un sedativo per via endovenosa, che le diminuirà l'ansia senza addormentarla e le consentirà di fare meglio l'esame. E' possibile che sia necessario durante l'esame fare un'endovenosa contenente un farmaco che rilascia la muscolatura dello stomaco (Buscopan); per tale farmaco è possibile che per circa un'ora lei abbia la vista un po' annebbiata e la bocca un po' secca. In una posizione confortevole, in un'apposita sala disteso sul fianco sinistro, il Dottore farà passare lo strumento attraverso la sua bocca e la sua gola (un boccaglio proteggerà i suoi denti).</p> <p>Lo strumento non le impedirà di respirare e non le provocherà alcun dolore se non un po' di nausea e qualche conato di vomito. L'esame dura circa 5- 10 minuti.</p> <p>Durante l'esame sarà utile mantenere, per quanto possibile, un comportamento rilassato e collaborativo, evitando atteggiamenti reattivi e cercando di controllare eventuali conati di vomito con profonde inspirazioni.</p>
<p>Quali benefici ci attendiamo dal trattamento e quali sono le probabilità di successo?</p>	<p>Sintomi come dolore, nausea, vomito o difficoltà di digestione sono tipici di una determinata patologia e pertanto la procedura è indispensabile per identificare la causa del disturbo e impostare una adeguata terapia, anche se l'esame risultasse completamente normale.</p>
<p>Quali sono i possibili problemi di recupero?</p>	<p>DOPO L'ESAME</p> <p>Non mangi e non beva per circa un'ora perché la sua gola è ancora sotto l'effetto dell'anestesia. Se si sente pieno d'aria non si preoccupi, erutti pure e dopo un po' questo disturbo passerà da solo.</p> <p>Deve essere riaccompagnato a casa da qualcuno (familiare o conoscente);</p>

	<p>per precauzione non guidi l'auto e non prenda impegni importanti per il resto della giornata.</p> <p>Se necessario potrà passare, prima di andare a casa, un po' di tempo nella apposita sala di riposo annessa all'Ambulatorio.</p> <p>Se Lei è ricoverato è bene che Lei sia riaccompagnato presso la sua camera di degenza. Se necessario potrà passare, prima di andare in Reparto, un po' di tempo nella apposita sala di riposo.</p>
Quali sono gli esiti di eventuale non trattamento?	<p>Una diagnosi non corretta potrebbe avere esiti importanti sulla sua salute. L'esame è generalmente indicato per cambiare la gestione dei suoi problemi attraverso una diagnosi più accurata ed un'eventuale terapia.</p>
Quali sono le complicanze/effetti indesiderati e avversi?	<p>Anni di esperienza dimostrano che Esofagogastroscoopia è un esame sicuro, anche se può essere gravato, come qualsiasi atto medico, da rare complicanze (0,01 %) quali la perforazione, l'emorragia, problemi cardiorepiratori, che in alcune rare circostanze (0,001%) potrebbero risultare pericolose per la vita.</p> <p>La sedazione (il farmaco sedativo in vena) può essere gravata da rare complicanze quali: brocospasmo (asma) e reazioni allergiche e problemi cardiorespiratori. Inoltre si possono avere dolore nel punto di iniezione e tromboflebiti.</p>
Quali sono le alternative alla procedura proposta proposto se ci sono e quali i benefici e/o le complicanze /effetti indesiderati conosciuti?	<p>L'alternativa proposta è rappresentata dalla Radiologia che è sicuramente meno specifica e non permette di effettuare prelievi biotipici; a volte non chiarisce i dubbi e spesso deve essere integrata con un successivo esame endoscopico.</p> <p>L'alternativa alla sedazione è eseguire l'esame senza alcuna sedazione.</p>
Chi saranno i medici e il personale infermieristico che propongono ed eseguiranno la procedura? *	<p>.....</p> <p>.....</p>

* nel caso di intervento chirurgico l'operatore che informa **deve essere presente** nella equipe che interviene

N.B: SISTEMI DI CONTENZIONE UTILIZZATI NEL PERIODO POST-PROCEDURA

Nell'immediato post procedura l'effetto sedativo dei farmaci utilizzati per la sedazione possono determinare confusione o disorientamento transitorio: il paziente potrebbe involontariamente compiere gesti pericolosi per la propria incolumità. In questi casi le spondine applicate alla barella o al letto sono strumenti di sicurezza utilizzati per ridurre il rischio di scivolare, rotolare o cadere accidentalmente dal letto. Il paziente è comunque sempre tenuto sotto osservazione da personale Infermieristico dedicato.



Consenso alla procedura proposta

Io sottoscritto _____ acconsento a sottopormi a **ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA**, la natura e gli scopi del quale mi sono stati spiegati dal Prof/Dott _____, con riferimento alle mie condizioni cliniche.

Sono stato informato in modo comprensibile sul tipo di strumenti, sul metodo operativo e sui materiali che verranno impiegati, sui rischi della procedura, sui vantaggi conseguibili e sugli svantaggi che potrebbero derivare dalla mancata esecuzione.

Alle domande da me poste, il Medico ha fornito risposte comprensibili.

Eventuali osservazioni:

data: _____

Nome e Cognome del paziente η

Nome e Cognome del Medico

Firma del paziente

Firma del Medico

η nel caso di paziente di età minore la firma deve essere apposta da uno dei genitori (a meno di esplicito dissenso da parte dell'altro genitore, nel qual caso dovrà essere coinvolto il Giudice Tutelare).

η nel caso di paziente non in grado per le sue condizioni psico-fisiche di sottoscrivere quanto richiesto nel modulo la firma deve essere apposta da "chi esercita legalmente la potestà, ovvero da un prossimo congiunto, da un familiare, da un convivente o, in loro assenza, dal responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato" (art. 26 Codice civile)

Scheda di autovalutazione

Gentile Signora/Signore,
 Le chiediamo di compilare il seguente questionario che ci aiuterà ad individuare eventuali problematiche legate al Suo trattamento. La preghiamo di riconsegnare il questionario al Medico nel momento della visita.

Cognome

Nome

Data di Nascita __ / __ / __

Cognome e nome del parente o dell'accompagnatore (se la persona non è in grado di compilare il modulo in autonomia) _____

- a. Ha qualche problema o handicap che influiscono nella comprensione di programmi terapeutici assistenziali (esempio sordità, cecità) **SI** **NO**
 Se **SI** _____
- b. Per Sua cultura, credenze o religione, esistono elementi che possono influenzare le cure o la soddisfazione dei bisogni quotidiani (es. problematiche relative a trasfusioni, proibizioni alimentari) **SI** **NO**
 Se **SI** _____
- c. Ritiene utile segnalare la presenza attuale di problematiche di tipo socio/economico che potrebbero influire su un eventuale percorso di diagnosi o di cura **SI** **NO**
 Se **SI** _____
- d. Da un punto di vista psicologico ha o ha avuto problemi che intende comunicare prima della visita **SI** **NO**
 Se **SI** _____
- e. Ha mai manifestato allergie in passato (es. farmaci, alimenti, pollini) **SI** **NO**
 Se **SI** _____
- f. Nelle ultime settimane ha avuto dolore **SI** **NO**
 Se **SI** in una scala da 0 a 10 come lo classificherebbe mediamente (0 = nessun dolore, 1= intensità minima, 10 intensità massima)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Se **SI** dove ha dolore _____

Non voglio compilare questo modulo

Data _____ Ora _____

Firma del paziente (o familiare) _____

Firma del Medico per presa visione _____