

|   |   |                     |          |
|---|---|---------------------|----------|
|  | <b>REGIONE ABRUZZO</b><br><b>A. S. L. 02 LANCIANO-VASTO-CHIETI</b><br>U.O.C. _____<br>Responsabile: _____ | Rev. 0<br>9/02/2015 | Pag. 1/2 |
|   | <b>CONSENSO INFORMATO PER<br/>         RETTO-COLONSCOPIA<br/>         ESOFAGO-GASTRO-DUODENOSCOPIA</b>    | MRSQA07/4           |          |

Io sottoscritto ..... dichiaro di essere stato informato dal Dott./Prof. .... in modo chiaro, comprensibile ed esaustivo, con adeguato anticipo, mediante colloquio e consegna di materiale informativo, sulla natura e sullo stato dell'attuale quadro clinico, nonché sulla conseguente indicazione ad eseguire:

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> RSCS + ev. biopsie         | <input type="checkbox"/> RSCS + polipectomia     | <input type="checkbox"/> RSCS+ emostasi lesione sanguinante |
| <input type="checkbox"/> RSCS + dilatazione stenosi | <input type="checkbox"/> RSCS + impianto protesi | <input type="checkbox"/> RSCS rimozione corpo estraneo      |

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> EGDS + ev. biopsie        | <input type="checkbox"/> EGDS + polipectomia             | <input type="checkbox"/> EGDS + emostasi lesione sanguinante             |
| <input type="checkbox"/> EGDS + trattamento varici | <input type="checkbox"/> EGDS + rimozione corpo estraneo | <input type="checkbox"/> EGDS + dilatazione stenosi                      |
| <input type="checkbox"/> EGDS + impianto protesi   | <input type="checkbox"/> EGDS + PEG                      | <input type="checkbox"/> EGDS+ posiz./rimozione palloncino intragastrico |

In relazione alla specifica procedura/procedure proposte mi sono state fornite ulteriori informazioni tra cui quelle contenute nell'opuscolo informativo allegato, del quale mi è stata anche consegnata copia e che è parte integrante del presente documento di consenso.

Dichiaro, in particolare, di essere stato informato riguardo a:

- necessità del digiuno (almeno 6 ore per i solidi e 2 ore per i liquidi);
- adempimenti preliminari, modalità di svolgimento, tempi della procedura e dell'eventuale degenza;
- valutazione dell'assetto coagulativo con relativi interventi correttivi;
- tipologia e organizzazione della Struttura sanitaria, con eventuale collaborazione-partecipazione attiva di personale in formazione, con l'assistenza di tutor, e/o di specialisti già formati, eventuali carenze della stessa (assenza di Rianimazione e Terapia intensiva, Emodinamica, Centro trasfusionale) e carenze-inefficienze di tipo transitorio;
- indicazione, in caso di necessità, a praticarmi trasfusione di sangue o emoderivati;
- eventuale necessità di metodiche integrative (radiologiche, radiologiche interventistiche, chirurgiche, ...) conseguenti al mancato completamento/insuccesso della procedura proposta;
- esistenza, se richieste, di alternative diagnostico-terapeutiche in relazione al quadro clinico, con specifici limiti e vantaggi rispetto alla procedura propostami;
- possibile evoluzione della malattia/quadro clinico in caso di rifiuto della procedura;
- in ordine alle complicanze, mortalità, controindicazioni e principi di tecnica, mi è stata fornita ampia e specifica informazione, nonché consegnato l'opuscolo allegato che tale informazione riassume ed illustra. Mi è stato anche spiegato che le percentuali riportate aumentano in relazione a particolare complessità anatomica e/o a situazioni cliniche particolarmente critiche;
- possibilità, compatibilmente con la dotazione strumentale, che vengano effettuate riprese fotografiche o video per documentare la presenza di patologie importanti o particolari.

### GESTIONE DELLE COMPLICANZE

Mi è stato chiaramente spiegato che in caso di complicanze/insuccesso dell'intervento endoscopico potrebbe rendersi necessario, per risolvere il nuovo quadro clinico, un trattamento medico, chirurgico o radiologico, immediato o differibile, in relazione alla situazione, eseguibile presso la stessa struttura ospedaliera o in altro ambiente.

Inoltre mi è stato spiegato che, ove sopravvenisse una condizione clinica che imponga decisioni in emergenza (stato di necessità), i sanitari procederanno secondo la migliore pratica per la salvaguardia della mia salute. In tale evenienza (nell'impossibilità cioè di essere interpellato) desidero che i Sanitari informino del loro programma terapeutico il Sig./la Sig.ra ..... purché presente in Ospedale.

### SEDAZIONE

Acconsento di essere sottoposto a sedazione/analgesia finalizzata a ridurre il dolore/fastidio e a facilitare l'esecuzione dell'esame; mi è stato riferito che nel corso della procedura verranno costantemente monitorati i principali parametri vitali che saranno riportati sulla scheda infermieristica allegata, prima, durante e dopo la procedura (saturazione di ossigeno, pressione arteriosa, frequenza cardiaca; se le condizioni cliniche lo richiedono sarà monitorata l'attività elettrocardiografica e sarà somministrato ossigeno per mantenere/ristabilire un adeguato livello di saturazione); sono stato anche informato delle possibili complicanze. Le più frequenti sono le reazioni allergiche ai farmaci utilizzati per la sedazione, come il broncospasmo o l'orticaria, problemi cardio-respiratori, come l'alterazione della pressione arteriosa, della frequenza e del ritmo cardiaco, la depressione respiratoria con apnea,

fino a giungere in casi molto rari all'arresto respiratorio e/o cardiaco (complicanze gravi 1-3 su mille, con mortalità complessiva <0.3/1000) ed in rari casi dolore nel punto di iniezione dei farmaci con infiammazione della vena. Sono stato informato della possibilità di somministrazione di farmaci antagonisti della sedazione/analgesia per ottenere un adeguato risveglio; sono stato informato inoltre sull'impossibilità di condurre auto-motoveicoli e sul divieto di osservare condotte che richiedano una particolare attenzione nelle 24 ore successive alla procedura. Sono stato avvisato che, se sottoposto a sedo/analgesia, potrò lasciare l'ambulatorio solo se accompagnato da un adulto.

- **Accenso** Firma .....
- **Non Accenso** Firma .....

### SEDAZIONE PROFONDA/ANESTESIA

Qualora la procedura si svolgesse in sedazione profonda/anestesia, praticata dall'anestesista, la firma del consenso con la relativa modulistica sarà gestita anche dall'anestesista. Tutto ciò premesso, avendo compreso quanto rappresentomi dai sanitari/dal soggetto da me delegato a ricevere le informazioni

### ADESIONE ALLA PROCEDURA

- **ACCETTO** di essere sottoposto alla procedura proposta compresa ogni manovra connessa e complementare
- **ACCONSENTO** inoltre al trattamento dei miei dati personali (D. Lgs. 196/2003) per finalità di tutela della salute.

Firma del paziente .....

Firma dell'esercente la patria potestà o del tutore .....

Firma dell'eventuale testimone .....

Firma dell'interprete/delegato (il quale attesta di aver ricevuto tutte le informazioni di cui sopra e di averle trasmesse al paziente).....

### DICHIARAZIONE DEL MEDICO

Io sottoscritto Dott./Prof ..... confermo, contestualmente alla firma del paziente, che lo stesso ha interamente compreso tutto quanto sopra esposto, dopo adeguata informazione e lettura dell'informativa.

Firma leggibile del medico..... Data .....

- **RIFIUTO CONSAPEVOLE**: Avendo compreso contenuti e finalità delle informazioni fornite,
- **NON ACCONSENTO** a sottopormi alla procedura proposta.

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

### ALTERNATIVE: RINUNCIA ALL'INFORMAZIONE/DELEGA A TERZI

**Dichiaro** , ai fini dell'acquisizione del consenso, di aver espresso piena fiducia nelle scelte e nell'operato dei Sanitari, e di aver quindi rinunciato consapevolmente a qualsiasi informazione dai medesimi proposta.

Firma ..... Data .....

**Delego**  il Sig. ....(che sottoscrive per accettazione) a raccogliere le informazioni dei Sanitari a seguito delle quali mi riservo di esprimere/negare il consenso alle procedure proposte.

Firma..... Delegato .....

### REVOCA DEL CONSENSO IN CORSO D'ESAME

Firma ..... Data .....