

ASL AL di ALESSANDRIA
S.S.D. Gastroenterologia e d Endoscopia Digestiva
Responsabile S.S.Dipartimentale di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva Dipartimento Area Medica
Dr. Mauro Dalla Libera

Presidio Ospedaliero ACQUI TERME	Presidio Ospedaliero CASALE MONFERRATO	Presidio Ospedaliero NOVI LIGURE	Presidio Ospedaliero OVADA	Presidio Ospedaliero TORTONA
Tel. 0144 777367 LUNEDI' - MERCOLEDI' VENERDI' dalle ore 12 alle ore 13	Tel. 0142 434203 LUNEDI' - MARTEDI' GIOVEDI' dalle ore 12 alle ore 13	Tel 0143 332408 LUNEDI' - MERCOLEDI' GIOVEDI' dalle ore 13 alle ore 14	Tel. 0143 826409 MARCOLEDI' - VENERDI' dalle ore 14 alle ore 17	Tel 0131 865568 MATEDI' - GIOVEDI' - VENERDI' dalle ore 12 alle ore 13

PRESIDIO OSPEDALIERO

Spazio per etichetta anagrafica

DATI IDENTIFICATIVI

➤ Dati identificativi del paziente: _____

➤ Dati dei genitori (in caso di minori di età): _____

NB: in caso sia presente solo un genitore, allegare il previsto modello di autocertificazione.

➤ Dati del legale rappresentante (in caso di soggetto privo in tutto o in parte di autonomia decisionale):

NB: allegare la documentazione che indica i poteri del legale rappresentante

DATI SANITARI (a cura del medico)

➤ sintesi situazione clinica:

➤ atto sanitario proposto: _____

➤ informativa: dichiaro di aver fornito l'informazione sull'atto sanitario proposto attraverso colloquio con il paziente, e di averlo informato sui principali rischi prevedibili nonché sulle possibile alternative terapeutiche.

Data: _____

Timbro e firma del medico: _____

	Modulo	ASLALMOD02ENDDIGGACONINF
	DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO PROCEDURA: Esofago-Gastro-Duodenoscopia	Agosto 2019 Pagina: 2 di 5 Rev 00

Modulo consegnato al paziente al momento della prenotazione dell'esame

DICHIARAZIONE DI INFORMAZIONE

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

(Indicare la procedura/le procedure)

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;
- indicazione, in caso di necessità, a praticarmi trasfusione di sangue o emoderivati;
- eventuale necessità di metodiche integrative (radiologiche, radiologiche interventistiche, chirurgiche, altro... ..) conseguenti al mancato completamento/insuccesso della procedura proposta;
- esistenza di alternative diagnostico-terapeutiche in relazione al quadro clinico, con specifici limiti e vantaggi rispetto alla procedura propositami;
- 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 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.

	Modulo	ASLALMOD02ENDDIGGACONINF
	DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO PROCEDURA: Esofago-Gastro-Duodenoscopia	Agosto 2019 Pagina: 3 di 5 Rev 00

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 e che non potrò svolgere attività potenzialmente pericolose, fra cui guidare, per le 12 ore successive

Acconsento Firma

Non Acconsento 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 rappresentatomi dai sanitari/dal soggetto da me delegato a ricevere le informazioni

ANNOTAZIONI PARTICOLARI

ADESIONE ALLA PROCEDURA

Io sottoscritto/a _____ dichiaro:

di essere pienamente cosciente, di aver letto attentamente il documento consegnatomi il giorno ____/____/____ ore __, __

di aver compreso in ogni sua parte il significato di questo consenso

di aver chiesto al medico informazioni riguardanti a

di aver ricevuto risposte esaustive e comprensibili

di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente sull'atto sanitario proposto (prospettive del trattamento/alternative), e sui rischi prevedibili attraverso il colloquio con il medico, nonché l'ulteriore materiale informativo dal medesimo consegnatomi

di essere a conoscenza della possibilità di **REVOCARE** il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'intervento;

ACCETTO DI ESSERE SOTTOPOSTO ALLA PROCEDURA PROPOSTA COMPRESA OGNI MANOVRA CONNESSA E COMPLEMENTARE

Data ____/____/____ Firma del paziente _____.

Data ____/____/____ Firma dell'esercente la patria potestà o del tutore _____

Data ____/____/____ Firma dell'eventuale testimone _____

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

Nome e Cognome _____

Firma _____

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

Data ____/____/____

Timbro e firma leggibile del medico che ha informato il paziente

.....

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 delegante..... Firma Delegato

Io sottoscritto/a _____ in data ____/____/____
 alle ore _____ dichiaro di **voler REVOCARE il consenso** e di essere a conoscenza delle
 conseguenze di tale revoca.

Firma _____

Il sottoscritto acconsente (D. Lgs. 196/2003) al trattamento dei propri dati personali per finalità di tutela della salute