

Struttura Semplice Dipartimentale di Endoscopia Digestiva

Modulo di informazione e consenso alla Esofagogastroduodenoscopia

Consenso informato all'atto endoscopico

Io sottoscritto/a

acconsento a sottopormi alla procedura di esofagogastroduodenoscopia con eventuali biopsie la natura e gli scopi di tale procedura mi sono stati esaurientemente spiegati dal Dott. con attinenza alle mie condizioni cliniche.

Dichiaro di aver letto attentamente e/o di aver avuto esaurienti spiegazioni su quanto esposto nelle informazioni relative all'esame e di aver chiaramente compreso le indicazioni e le modalità di esecuzione dell'esame. Dichiaro di essere stato esaurientemente informato sul tipo degli strumenti che verranno impiegati, sul metodo operativo e sui relativi rischi immediati e futuri, complicanze, insuccessi, prevedibili conseguenze ed il relativo trattamento sia d'urgenza che differito. Sono stato informato/a sui vantaggi conseguibili dall'esecuzione della procedura endoscopica e sugli svantaggi derivanti dalla mancata esecuzione della stessa, nonché dell'esistenza di altre e diverse procedure diagnostiche, quali il Rx esofago stomaco e duodeno a doppio contrasto in alternativa a quelle propostami con i relativi loro vantaggi, svantaggi, rischi e complicanze.

Sono stato esaurientemente informato che a tale procedura e trattamento possono essere connessi alcuni rischi e complicanze (fisiche o estetiche) tra le quali le più frequenti e rilevanti per gravità risultano essere la perforazione intestinale e l'emorragia. Tali complicanze possono risultare anche fatali. Dichiaro inoltre di essere stato informato sul tipo di sedazione che verrò eventualmente sottoposto e sul comportamento personale successivo all'esame da assumere nel caso essa venga eseguita.

Sono stato informato della non infallibilità della procedura endoscopica propostami con la possibilità di un mancato riconoscimento di una patologia o di una lesione esistenti e della possibilità di un non completamento dell'esame stesso in relazione a difficoltà tecniche presentatesi nel corso della procedura e/o a mia intolleranza all'esame evidenziatemi durante la sua esecuzione oppure per persistenza d'ingesti.

Acconsento inoltre a sottopormi ad eventuali misure diagnostiche o terapeutiche diverse e nuove, necessarie ed opportune per il completamento dell'indagine e/o in caso di complicanze insorte nel corso o dopo la realizzazione della procedura. Sono stato altresì informato/a che potrà essere necessario un intervento chirurgico d'urgenza e/o indicata terapia emotrasfusionale ove le mie condizioni di salute lo richiedano. Inoltre la sedazione e la preparazione farmacologica all'esame (benzodiazepine e antispastici) eventualmente utilizzati, possono determinare reazioni di ipersensibilità ed effetti collaterali di varia natura. Dichiaro a tale proposito di aver comunicato al medico endoscopista eventuali allergie od intolleranze farmacologiche di cui sono affetto e di cui ne sono a conoscenza. Acconsento che, qualora durante l'esame si verificassero condizioni di necessità l'operatore possa prendere a sua discrezione decisioni diagnostiche e terapeutiche diverse da quelle previste.

Ho avuto tempo e modo di porre al proposito tutte le domande che ho ritenuto opportune ed ho ottenuto in merito risposte esaurienti che ho compreso e che mi hanno soddisfatto.

*Sulla base di quanto sopra comunicatomi ed in piena libertà di giudizio **ACCETTO** il trattamento proposto, pur potendo in qualunque momento successivo con dichiarazione formale e motivata, modificare tale decisione.*

*A seguito dell'informativa ricevuta, ai sensi della Legge 675/96 concernente la « tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali » **AUTORIZZO** al trattamento dei propri dati anche per via informatica ai fini di diagnosi e cura.*

Matera, li.....

firma

Confermo che ho spiegato la natura e gli scopi della procedura su indicata

firma del medico

Dr. Panzera Francesco

matr. 14472