	PROTOCOLLO INFORMATIVO E RICHIESTA DI CONSENSO ALLA SEDO-ANALGESIA PER L'ESAME ENDOSCOPICO	Barcode
---	---	---------

INFORMATIVA

Gentile Signora, Egregio Signore,

per effettuare la sedazione/analgesia è tassativamente richiesta la presenza di un accompagnatore prima dell'esame endoscopico che, deve rimanere fino alla dimissione del paziente.

In assenza è possibile procedere anche senza sedazione/analgesia oppure se prevista deve essere attivato a carico dell'utente non accompagnato il trasporto a domicilio tramite autolettiga, condizione necessaria e inderogabile per procedere con la prestazione sanitaria prescritta in sedazione/analgesia.

Il trattamento proposto

Il trattamento che le viene proposto è la sedazione/analgesia.

Per sedazione/analgesia si intende quella sedazione o analgesia per la quale il paziente conserva la capacità di respirare autonomamente, rispondere agli stimoli tattili e cooperare ai comandi verbali. Lo scopo della sedazione/analgesia è di ottenere la riduzione o la scomparsa dell'ansia ed eliminare l'agitazione psicomotoria e lo squilibrio emotivo.

Come la si ottiene?

I farmaci più comunemente utilizzati per la sedo-analgesia sono:

il midazolam, (della famiglia delle benzodiazepine) e la petidina o meperidina, (antidolorifici della famiglia degli oppiacei). Questi, vengono somministrati per via endovenosa in piccole dosi frazionate sino al raggiungimento della sedazione desiderata. Può essere anche effettuata un'anestesia topica del cavo orale e della faringe ottenibile con un anestetico sotto forma di spray.

I potenziali benefici e inconvenienti

Benefici


Gli obiettivi della sedazione in endoscopia sono quelli di ridurre notevolmente il disagio per l'utente e rendere meno fastidioso l'esame. La sedazione oltre a migliorare la collaborazione dell'paziente (soprattutto se egli è refrattario a sottoporsi all'indagine) offre maggiori garanzie di una più facile e accurata esecuzione dell'indagine endoscopica.

Inconvenienti

La sedazione cosciente può essere gravata, come qualsiasi atto medico, da rare complicanze quali:

- isolati casi di broncospasmo e reazioni allergiche;
- problemi cardio-respiratori come l'alterazione della pressione arteriosa della frequenza e del ritmo cardiaco;
- depressione respiratoria, apnea, arresto respiratorio e/o cardiaco, che in alcune ancor più rare circostanze potrebbero risultare pericolose per la vita.

Inoltre si possono avere dolore nel punto di iniezioni e tromboflebiti.

	PROTOCOLLO INFORMATIVO E RICHIESTA DI CONSENSO ALLA SEDO-ANALGESIA PER L'ESAME ENDOSCOPICO	Barcode
---	---	---------

L'utente 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 potrà lasciare l'ambulatorio solo se accompagnato.

Le possibili alternative

Eseguire l'esame endoscopico senza alcuna sedazione.

Le probabilità di successo

I possibili problemi collegati al recupero o alla piena guarigione

I possibili esiti del non trattamento

Eventuali considerazioni specifiche relative al caso oggetto di consenso

Infine la informiamo che l'intervento/procedura potrebbe essere svolto anche da medici specializzandi sotto la guida diretta del tutor specialista e strutturato.

ATTENZIONE: NON INDOSSI OGGETTI DI VALORE!!

VALUTAZIONE ANAMNESTICA

Cognome e Nome _____

Età: _____ **peso:** _____

Di quali malattie soffre o ha mai sofferto:

SE SI SPECIFICARE ACCANTO

Soffre di epilessia? NO SI

Assume farmaci neurologici, sedativi? NO SI

Soffre di asma? NO SI

Soffre di bronchite? NO SI

E' fumatore? NO SI

Russa durante il riposo notturno? NO SI

Soffre di ipertensione arteriosa? NO SI

Soffre di cuore? NO SI

Assume farmaci cardio-vascolari? NO SI

Soffre di diabete? NO SI

Soffre di tiroide? NO SI

Soffre di malattie del fegato? NO SI

Assume bevande alcoliche? NO SI

Soffre di allergie? NO SI

Allergie a sostanze farmacologiche o chimiche? NO SI

E' stato sottoposto ad anestesia generale? NO SI

Ha avuto problemi con l'anestesia o sedazione? NO SI

Precedenti esami endoscopici con sedazione? NO SI

Quesito diagnostico?

A quali interventi chirurgici è stato sottoposto?

.....

Per cortesia scriva i nomi dei farmaci che assume: _____


Data _____ Firma _____

Annotazione medico

.....

.....

Data _____ Firma Medico _____

	PROTOCOLLO INFORMATIVO E RICHIESTA DI CONSENSO ALLA SEDO-ANALGESIA PER L'ESAME ENDOSCOPICO	Barcode
---	---	---------

CONSENSO

Dopo aver letto e compreso l'informativa sopra riportata, con la presente dichiarazione, da valere come manifestazione piena, libera ed incondizionata della mia volontà, io sottoscritto:

☐ **Do il consenso**

 ☐ **Non do il consenso**

a sottopormi alla sedo-analgesia per l'esame endoscopico, dopo aver ricevuto adeguate informazioni dal Dr. _____ ed averle comprese.

Sono stato altresì informato dallo stesso della possibilità di revocare in qualsiasi momento il consenso all'esecuzione dell'atto sanitario proposto.

Dati del dichiarante:

- ☐ paziente
- ☐ tutore del paziente interdetto;
- ☐ curatore del paziente inabilitato;
- ☐ genitori* del paziente minorenne
- ☐ minorenne (nei casi previsti: malattie trasmesse sessualmente, procreazione responsabile; interruzione di gravidanza se c'è stata autorizzazione del giudice tutelare; uso personale di sostanze stupefacenti)

in stampatello riportare nome e cognome e data di nascita del dichiarante, se diverso dal paziente _____

Data _____ **Firma del paziente / tutore / genitori*** _____

*Nel caso di minore è necessario che entrambi i genitori siano informati e prestino il loro consenso, anche nel caso di genitori separati o divorziati e di affidamento del minore ad un solo coniuge. Solo in caso di assenza di un genitore per lontananza o impedimento o incapacità naturale che rendano impossibile ad uno dei genitori l'esercizio della potestà, tale potestà può esser esercitata in modo esclusivo dall'altro coniuge. In questo caso il genitore presente deve compilare un'autocertificazione con cui attesti, sotto propria responsabilità, la sussistenza della condizione che determina l'impossibilità a prestare il consenso dell'altro coniuge.

Data _____ **Firma del Medico** _____

(timbro o matricola e firma leggibile)

Indicare il nominativo dell'eventuale mediatore / interprete utilizzato _____

Io sottoscritto, Dr. _____, dichiaro, sotto mia responsabilità, che è necessario sottoporre immediatamente il paziente all'intervento/trattamenti medici essenziali per evitare l'ulteriore aggravarsi della situazione clinica. Dichiaro di agire in autonomia e con mia piena responsabilità perché non è possibile acquisire il consenso informato del paziente a causa delle gravi condizioni in cui versa/della sua incapacità di intendere e volere, e non è possibile, in questo momento, rintracciare i genitori/ tutore/curatore del paziente.

Data _____ Ora _____ Firma del Medico *(timbro o matricola e firma leggibile)* _____