



**A.S.L. CN2**

Azienda Sanitaria Locale  
di Alba e Bra

Via Vida, 10 – 12051 ALBA (CN)  
Tel +39 0173.316111 Fax +39 0173.316480  
e-mail: aslcn2@legalmail.it – www.aslcn2.it

P.I./Cod. Fisc. 02419170044

**S.C. GASTROENTEROLOGIA – ENDOSCOPIA DIGESTIVA**

P.O. “Michele e Pietro Ferrero” Via Tanaro, 7/9 – 12060 Verduno CN  
gastroenterologia@aslcn2.it – Tel.0172 1408627 – 0172 1408118

**Direttore f.f.** Dott. R.Vanni

**Coordinatore** G.Tonti

**Staff Medico** Tel. 0172 1408116

**Staff Infermieristico** Tel. 0172 1408117

**DICHIARAZIONE DI INFORMAZIONE**

Io sottoscritto.....

dichiaro di essere stato informato dal dr. ....

in data .....

in modo chiaro, comprensibile ed esaustivo sul mio quadro clinico nonché sulle indicazioni ad eseguire:

**COLONSCOPIA**

Dichiaro essere stato informato sulla tipologia dell’esame e di aver ricevuto congiuntamente a questo modulo il documento esplicativo sulla procedura in oggetto.

Mi riserverò di fornire il consenso alla procedura dopo la lettura dell’allegato modulo di informazione e eventuale colloquio con i medici che eseguiranno l’esame per ottenere ulteriori informazioni, tramite contatto telefonico nei giorni precedenti l’esame o il giorno stesso dell’esame.

**INFORMAZIONI CLINICHE RELATIVE ALLO STATO DI SALUTE CHE POSSONO INTERFERIRE CON IL REGOLARE SVOLGIMENTO DELL’ESAME:**

Patologie del sangue e coagulazione?	SI	NO
Uso cronico di antiaggreganti o antiinfiammatori ( <i>Aspirina, Plavix e/o simili</i> ) ?	SI	NO
Uso di anticoagulanti orali ( <i>Coumadin – Sintrom – Pradaxa – Xarelto – Eliquis</i> ) ?	SI	NO
Portatore di stimolatore cardiaco? ( <i>Pace maker</i> )	SI	NO
Malattie cardiovascolari o delle valvole cardiache?	SI	NO
Patologie respiratorie ?	SI	NO
Ernie?	SI	NO
Interventi chirurgici addominali?	SI	NO
Protesi dentarie mobili	SI	NO
Altre patologie ( <i>Glaucoma, Diabete...</i> )	SI	NO
Gravidanza in corso	SI	NO
Allergie a farmaci ? Se si quali:.....	SI	NO
Farmaci assunti: .....	SI	NO

**CONSENSO ALLA PROCEDURA**

Dichiaro di essere stato adeguatamente informato con adeguato anticipo e di aver compreso:

- l’indicazione clinica all’esecuzione della procedura
- la tipologia ed organizzazione dell’ambulatorio di endoscopia
- le caratteristiche dell’esame e delle procedure integrative
- la possibilità che vengano eseguite procedure integrative (biopsie – polipectomie, dilatazioni)
- la possibilità di dover riprogrammare l’esame per “scarsa pulizia intestinale”
- la possibilità, in caso di necessità, di infusione di sangue o emoderivati.
- eventuale necessità di eseguire altre indagini nel caso di non completamento o insuccesso della procedura
- esistenza di alternative diagnostiche terapeutiche alla procedura con specifici limiti e vantaggi
- possibile evoluzione della malattia/quadro clinico in caso di mancata esecuzione della procedura
- possibilità di revocare il consenso durante l’esecuzione della procedura
- i rischi, le potenziali complicanze e la mortalità correlate all’esame e alle procedure integrative.

Sono stato inoltre informato che in caso di complicanze potrebbe essere necessario un trattamento medico, chirurgico o radiologico immediato o differibile in relazione alla situazione verificatasi, eseguibile presso la stessa struttura ospedaliera o in altro ambiente. Mi è stato inoltre spiegato che, ove sopravvenisse una condizione clinica che imponga decisioni di emergenza (stato di necessità) i sanitari procederanno secondo la migliore pratica per la salvaguardia della mia salute.

Data.....

Firma.....

### CONSENSO ALLA SEDAZIONE / ANALGESIA

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; 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.**

Data .....

Firma.....

### CONSENSO INFORMATO AD EVENTUALI PROCEDURE STRETTAMENTE CORRELATE ALL'ESAME

Ai fini diagnostici e terapeutici, lo specialista potrà, in corso di intervento/esame, procedere a polipectomie, dilatazioni o biopsie o a riprogrammare l'esame per procedure complesse.

**Nel caso vengano eseguite biopsie o polipectomie si rende noto che:**

- **i non esenti dovranno pagare, oltre al ticket della prestazione, anche il ticket degli esame bioptico e dell' esame istologico**
- l'esito dovrà essere ritirato direttamente dal paziente o da un delegato con delega e documenti di entrambi
- l'esito dell'esame endoscopico e dell'eventuale esame istologico dovranno essere portati in visione al medico curante per le opportune valutazioni

### DICHIARAZIONE DEL PAZIENTE:

**Dichiaro di aver compreso le informazioni verbali e scritte comunicate dagli operatori e di acconsentire ai trattamenti sopra indicati.**

Data.....

Firma del paziente .....

Firma del tutore o genitore ..... Firma del testimone .....

Firma dell'interprete..... (che dichiara di aver compreso e trasmesso le informazioni di cui sopra al paziente)

Data .....

Firma e timbro del medico .....

### REVOCA DEL CONSENSO IN CORSO DELL'ESAME

Data .....

Firma .....

### RINUNCIA ALL'INFORMAZIONE

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

Data .....

Firma .....