

**Foglio informativo per l'atto sanitario:  
SEDAZIONE per ENDOSCOPIA**

**Specialità: Gastroenterologia**

**Indicazione dell'atto sanitario**

Il nostro servizio offre la possibilità di eseguire gli esami endoscopici in sedazione in modo da ridurre, fino all'abolizione, il dolore ed il disagio causato dalle manovre endoscopiche, consentendo nel contempo una più semplice e corretta esecuzione delle manovre stesse. Esistono collateralmente delle indicazioni assolute alla sedazione quali: l'impossibilità per il paziente di collaborare per qualsiasi motivo (fisico o psichico) e/o l'associazione con stati morbosi, che aumentano il rischio della procedura.

Noi proponiamo una sedazione cosciente o lieve in seguito alla quale il paziente risponde correttamente ai comandi verbali e la funzione respiratoria è indenne.

**Modalità di esecuzione**

I farmaci necessari per eseguire la sedazione sono somministrati per via endovenosa e sono un oppiaceo come antidolorifico ed una benzodiazepina come sedativo vero e proprio. Il paziente è monitorato durante tutta la procedura endoscopica, con il controllo dei livelli di ossigenazione, della frequenza cardiaca e della pressione sanguigna.

**Risultati conseguibili**

Abolizione del dolore e del disagio legati alla procedura endoscopica. Migliore compliance del paziente

**Conseguenze e ricadute**

E' possibile che, a seguito della sedazione, possano persistere anomalie di comportamento con distorsioni percettive, disattenzione, amnesia per alcune ore dopo il termine dell'endoscopia. Pertanto è opportuno ASTENERSI ASSOLUTAMENTE DALLA GUIDA DEGLI AUTOVEICOLI NELLE 24 ORE SUCCESSIVE ALLA SEDAZIONE ed è sconsigliata anche l'esecuzione di lavori impegnativi; IL PAZIENTE SARÀ QUINDI AUTORIZZATO A LASCIARE IL SERVIZIO DI ENDOSCOPIA SOLO SE ACCOMPAGNATO.

**Rischi e complicanze**

Complicanze cardio-respiratorie sono descritte con un'incidenza di circa lo 0.5%, mentre la mortalità è assai bassa, quantificabile attorno allo 0.03%. In particolare la depressione respiratoria è frequente in caso di associazione di benzodiazepine ed oppioidi, e può insorgere prima dell'inizio o dopo la fine della procedura diagnostico-terapeutica. Un corretto monitoraggio dei parametri vitali consente di ridurre il rischio di complicanze gravi. E' segnalata infine la possibilità di flebite chimica in sede di iniezione di benzodiazepine, rara ed in genere a risoluzione spontanea.

**Alternative**

L'esame endoscopico può essere eseguito senza la sedazione.

In casi particolari, valutati singolarmente, è possibile ricorrere anche alla sedazione profonda o alla anestesia generale in seguito alle quali si verifica un'alterazione transitoria della risposta ai comandi verbali. Questi due tipi di anestesia richiedono un'assistenza anestesilogica ed il ricovero in day-hospital.

**Conseguenze derivanti dal rifiuto dell'atto sanitario**

Il rifiuto dell'atto sanitario proposto comporta la perdita dei risultati conseguibili ad esso associati.

Le ricordiamo che è possibile revocare il consenso in qualsiasi momento prima della esecuzione della procedura proposta.

Le informazioni contenute nel presente foglio informativo sono state oggetto di un colloquio fra il medico proponente/esecutore ed il paziente (ovvero il legale rappresentante).

Data redazione	Redatto da	Verificato da	Revisione	Data approvazione	Approvato da	Pagina
23/07/2009	Dott.ssa Marcella Berni Canani SSD Endoscopia Est	Dott.ssa Laura Monguzzi Risk Manager	07	15/03/2023	Dott. Franco Parmigiani Direttore Dipartimento Area Chirurgica Est Dott. Dario Maggioni Direttore Dipartimento Area Chirurgica Ovest	1 di 4

**Foglio informativo per l'atto sanitario:  
SEDAZIONE per ENDOSCOPIA****Specialità: Gastroenterologia****Indicazione dell'atto sanitario**

Il nostro servizio offre la possibilità di eseguire gli esami endoscopici in **sedazione** in modo da ridurre, fino all'abolizione, il dolore ed il disagio causato dalle manovre endoscopiche, consentendo nel contempo una più semplice e corretta esecuzione delle manovre stesse. Esistono collateralmente delle indicazioni assolute alla sedazione quali: l'impossibilità per il paziente di collaborare per qualsiasi motivo (fisico o psichico) e/o l'associazione con stati morbosi, che aumentano il rischio della procedura.

Noi proponiamo una **sedazione cosciente o lieve** in seguito alla quale il paziente risponde correttamente ai comandi verbali e la funzione respiratoria è indenne.

**Modalità di esecuzione**

I farmaci necessari per eseguire la sedazione sono somministrati per via endovenosa e sono un oppiaceo come antidolorifico ed una benzodiazepina come sedativo vero e proprio. Il paziente è monitorato durante tutta la procedura endoscopica, con il controllo dei livelli di ossigenazione, della frequenza cardiaca e della pressione sanguigna.

**Risultati conseguibili**

Abolizione del dolore e del disagio legati alla procedura endoscopica. Migliore compliance del paziente

**Conseguenze e ricadute**

E' possibile che, a seguito della sedazione, possano persistere anomalie di comportamento con distorsioni percettive, disattenzione, amnesia per alcune ore dopo il termine dell'endoscopia. Pertanto è opportuno **ASTENERSI ASSOLUTAMENTE DALLA GUIDA DEGLI AUTOVEICOLI NELLE 24 ORE SUCCESSIVE ALLA SEDAZIONE** ed è sconsigliata anche l'esecuzione di lavori impegnativi; **IL PAZIENTE SARÀ QUINDI AUTORIZZATO A LASCIARE IL SERVIZIO DI ENDOSCOPIA SOLO SE ACCOMPAGNATO.**

**Rischi e complicanze**

Complicanze cardio-respiratorie sono descritte con un'incidenza di circa lo 0.5%, mentre la mortalità è assai bassa, quantificabile attorno allo 0.03%. In particolare la depressione respiratoria è frequente in caso di associazione di benzodiazepine ed oppioidi, e può insorgere prima dell'inizio o dopo la fine della procedura diagnostico-terapeutica. Un corretto monitoraggio dei parametri vitali consente di ridurre il rischio di complicanze gravi. E' segnalata infine la possibilità di flebite chimica in sede di iniezione di benzodiazepine, rara ed in genere a risoluzione spontanea.

**Alternative**

L'esame endoscopico può essere eseguito senza la sedazione.

In casi particolari, valutati singolarmente, è possibile ricorrere anche alla **sedazione profonda** o alla **anestesia generale** in seguito alle quali si verifica un'alterazione transitoria della risposta ai comandi verbali. Questi due tipi di anestesia richiedono un'assistenza anestesilogica ed il ricovero in day-hospital.

**Conseguenze derivanti dal rifiuto dell'atto sanitario**

Il rifiuto dell'atto sanitario proposto comporta la perdita dei risultati conseguibili ad esso associati.

Le ricordiamo che è possibile revocare il consenso in qualsiasi momento prima della esecuzione della procedura proposta.

Le informazioni contenute nel presente foglio informativo sono state oggetto di un colloquio fra il medico proponente/esecutore ed il paziente (ovvero il legale rappresentante).

Data redazione	Redatto da	Verificato da	Revisione	Data approvazione	Approvato da	Pagina
23/07/2009	Dott.ssa Marcella Berni Canani SSD Endoscopia Est	Dott.ssa Laura Monguzzi Risk Manager	07	15/03/2023	Dott. Franco Parmigiani Direttore Dipartimento Area Chirurgica Est Dott. Dario Maggioni Direttore Dipartimento Area Chirurgica Ovest	2 di 4



PAZIENTE ADULTO

## DOCUMENTAZIONE DELLE VOLONTÀ ESPRESSE DAL PAZIENTE

## DATI IDENTIFICATIVI DEL PAZIENTE

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
gg / mm / aaaa

## Dati identificativi del rappresentante legale

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
gg / mm / aaaaDati identificativi dell'interprete  o mediatore culturale 

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
gg / mm / aaaa

## ESPRESSIONE DELLA VOLONTÀ

Dichiaro di essere stata/o informata/o dalla/dal dott.ssa/dott. \_\_\_\_\_

che verrò sottoposta/o a: **Sedazione**per: **endoscopia**.

Le indicazioni alla procedura diagnostico/terapeutica, le modalità di esecuzione, i rischi, le complicanze, le eventuali alternative terapeutiche e le conseguenze di un eventuale rifiuto mi sono stati illustrati e sono schematicamente sintetizzati nel foglio informativo che mi è stato consegnato e che ho letto.

Sono stata/o inoltre informata/o che, qualora se ne manifesti la necessità, la procedura potrebbe essere modificata in

2) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_

## FATTORI DI RISCHIO ASSOCIATI

Indicazione delle condizioni morbose concomitanti che costituiscono fattore di rischio:

---



---



---



---



---

Data redazione	Redatto da	Verificato da	Revisione	Data approvazione	Approvato da	Pagina
23/07/2009	Dott.ssa Marcella Berni Canani SSD Endoscopia Est	Dott.ssa Laura Monguzzi Risk Manager	07	15/03/2023	Dott. Franco Parmigiani Direttore Dipartimento Area Chirurgica Est Dott. Dario Maggioni Direttore Dipartimento Area Chirurgica Ovest	3 di 4

Ho potuto richiedere al medico chiarimenti e precisazioni che mi sono state puntualmente date ed ho concluso il colloquio avendo ben compreso ogni cosa. Infine sono stata/o informata/o di poter rifiutare ogni informazione in merito alla/e procedura/e proposta/e, pur acconsentendo all'esecuzione.

**RICEVUTA DEL FOGLIO INFORMATIVO**

La/Il sottoscritta/o dichiara di avere ricevuto e compreso le informazioni contenute nel foglio informativo sopra riportato.

 Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 gg / mm / aaaa

 Firma \_\_\_\_\_  
 Paziente o rappresentante legale

 Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 gg / mm / aaaa

 Firma \_\_\_\_\_  
 Medico proponente/esecutore (timbro e firma/sigla)

In riferimento all'atto sanitario oggetto della presente documentazione e al foglio informativo sopra riportato, la/il sottoscritta/o dichiara di **ACCETTARE**  **RIFIUTARE**  l'atto proposto.

Dichiaro inoltre di rifiutare ogni informazione.

La/Il sottoscritta/o dichiara di essere consapevole che il consenso qui espresso può essere revocato.

Per le donne in età fertile, su specifica richiesta medica: **stato di gravidanza**  sì  no  non noto

 Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 gg / mm / aaaa

 Firma \_\_\_\_\_  
 Paziente o rappresentante legale

Io sottoscritta/o Dott.ssa/Dott. \_\_\_\_\_ dichiaro che il giorno \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_:\_\_\_\_ ho rilevato l'impossibilità di acquisire il consenso alla procedura da parte della persona assistita a causa di:

Incapacità temporanea a seguito di patologia acuta

Deficit cognitivi che non permettono la comprensione delle informazioni.

Nel diario clinico sono riportate alla data odierna, le informazioni che sono state date ai familiari e il loro parere. Sono altresì indicate le motivazioni che rendono necessaria l'esecuzione della procedura.

 Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ora \_\_\_\_:\_\_\_\_ Firma del Medico \_\_\_\_\_  
 Medico proponente/esecutore (matricola e firma/sigla)
**REVOCA DEL CONSENSO**

In riferimento all'atto sanitario oggetto della presente documentazione per il quale è già stato espresso il consenso, la/il sottoscritta/o dichiara di **REVOCARE** il consenso.

 Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 gg / mm / aaaa

 Firma \_\_\_\_\_  
 Paziente o rappresentante legale
**RICEVUTA DELLA REVOCA**

La/Il sottoscritta/o Dott.ssa/Dott. \_\_\_\_\_ dichiara di avere ricevuto la revoca del consenso all'atto sanitario oggetto della presente documentazione.

 Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 gg / mm / aaaa

 Firma \_\_\_\_\_  
 Medico ricevente (matricola e firma/sigla)

Data redazione	Redatto da	Verificato da	Revisione	Data approvazione	Approvato da	Pagina
23/07/2009	Dott.ssa Marcella Berni Canani SSD Endoscopia Est	Dott.ssa Laura Monguzzi Risk Manager	07	15/03/2023	Dott. Franco Parmigiani Direttore Dipartimento Area Chirurgica Est Dott. Dario Maggioni Direttore Dipartimento Area Chirurgica Ovest	4 di 4