



U.O. di CHIRURGIA GENERALE
Servizio di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva
Responsabile: Dr. ssa Roberta Motta

**NOTA INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO ALLA SEDAZIONE LIEVE
E MODERATA PER L'ESAME ENDOSCOPICO**

INFORMAZIONI PER UTENTE

COS'E' LA SEDAZIONE LIEVE-MODERATA?

Si intende quella sedazione per la quale l'utente è capace indipendentemente e continuamente di mantenere il controllo del respiro, rispondere agli stimoli tattili e cooperare ai comandi verbali, ottenendo la riduzione o la scomparsa dell'ansia ed eliminando l'agitazione psicomotoria e lo squilibrio emotivo.

COME LA SI OTTIENE?

Le benzodazepine più comunemente impiegate per la sedazione cosciente in endoscopia digestiva sono il Diazepam (Valium®) e il Midazolam (Ipnovel®). L'una e l'altra vengono somministrate per via endovenosa in piccole dosi frazionate sino al raggiungimento della sedazione desiderata.

Altri farmaci utilizzati per via endovenosa a scopo analgesico in associazione con una benzodiazepina sono il Fentanyl e la Petidina Cloridrato: tale associazione è utilizzata in genere per l'esecuzione della colonscopia in sedazione.

Un farmaco non sedativo, ma utilizzato in endoscopia è il N-butil bromuro di joscina (Buscopan®) dotato di capacità anticolinergica e pertanto in grado di svolgere un'azione antispastica.

Può essere anche effettuata un'anestesia topica del cavo orale e della faringe ottenibile con un anestetico sotto forma di spray (Ecocain®).

PERCHE' VIENE FATTA?

Gli obiettivi della sedazione in endoscopia sono quelli di ridurre notevolmente il disagio per l'utente e rendere meno fastidioso l'esame. La sedazione migliora la collaborazione dell'utente soprattutto se egli è refrattario a sottoporsi all'indagine.

QUALI SONO LE COMPLICANZE?

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.

Valutazione anamnestica

Cognome e nome _____ Et  : _____ Peso: _____

Di quali malattie soffre o ha mai sofferto:

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
Soffre di pressione ?	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 sostenze farmacologiche o chimiche ?	NO	SI
E' mai stato sottoposto ad anestesia ?	NO	SI
Ha mai avuto problemi con l'anestesia ?	NO	SI
Precedenti esami endoscopici in sedazione ?	NO	SI

Farmaci che assume _____

CONSENSO INFORMATO ALLA SEDAZIONE LIEVE E MODERATA

Paziente/utente:

Nome e cognome: _____

Luogo di nascita _____ nato/a il _____

In caso di paziente minore:

Genitori

Nome e cognome del padre _____ data di nascita _____

Nome e cognome della madre _____ data di nascita _____

In caso di paziente con tutela:

Rappresentante Legale
Giudice

Amministratore di sostegno

Tutore/Curatore (come provvedimento del
Tutelare allegato)

Nome e cognome: _____ data di nascita _____

Nel caso di presenza di:

Interprete e/o Testimone : NO SI

Dichiara di essere stato informato dal/la

Dr./Dr.ssa _____
in modo chiaro e comprensibile, della possibilit  di eseguire l'esame endoscopico proposto sotto sedazione farmacologica.

Dichiara di aver letto attentamente e di aver avuto esaurienti spiegazioni su quanto esposto nelle informazioni relative alla sedazione e pertanto di aver chiaramente compreso le indicazioni e le modalità di esecuzione, di essere pienamente consapevole degli obiettivi, dei benefici, degli insuccessi e degli eventuali rischi e complicanze legate alla somministrazione dei farmaci impiegati.

E' stato altresì informato sull'eventuale alternativa di sottoporsi all'esame endoscopico senza sedazione, che viene rifiutata consapevolmente.

Infine espone in modo consapevole e cosciente che:

ACCONSENTE

NON ACCONSENTE

ad esser sottoposto a sedazione lieve/moderata.

Data _____

Ora _____

FIRMA DEL PAZIENTE

(o dei genitori e /o del rappresentante legale)

**TIMBRO E FIRMA
del MEDICO ENDOSCOPISTA**

Consenso ottenuto con l'ausilio di un interprete:

FIRMA INTERPRETE E/O TESTIMONE

REVOCA del CONSENSO

Il sottoscritto _____ in data _____

Dichiaro di voler **REVOCARE** il consenso precedentemente fornito e di essere pertanto a conoscenza delle probabili conseguenze derivanti dal mio rifiuto.

Firma del paziente _____
(o dei genitori e/o del rappresentante legale)

Timbro e Firma del Medico _____

Parametri all'entrata in Endoscopia P.A. _____ F.C. _____ SatO2 _____

Parametri all'uscita dall'Endoscopia P.A. _____ F.C. _____ SatO2 _____