

**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.

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 SEDAIONE 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 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	Revisione	Data approvazione	Approvato da	Pagina
23/07/2009	UO Endoscopia	04	08/04/2021	UO Qualità e Risk Management	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.

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 SEDAIONE 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 anestesiológica 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 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	Revisione	Data approvazione	Approvato da	Pagina
23/07/2009	UO Endoscopia	04	08/04/2021	UO Qualità e Risk Management	2 di 4

**DOCUMENTAZIONE DELLE VOLONTÀ
ESPRESSE DAL PAZIENTE****Dati identificativi del paziente**

Cognome: _____

Nome: _____

Data di nascita: ____/____/____
gg / mm / aaaaLuogo di nascita: _____
Città italiana o Stato estero**Dati identificativi dei genitori o del rappresentante legale**

Cognome: _____

Nome: _____

Data di nascita: ____/____/____
gg / mm / aaaaLuogo di nascita: _____
Città italiana o Stato estero

Cognome: _____

Nome: _____

Data di nascita: ____/____/____
gg / mm / aaaaLuogo di nascita: _____
Città italiana o Stato estero**Dati identificativi dell'interprete o mediatore culturale (No: Sì:)**

Cognome: _____

Nome: _____

Data di nascita: ____/____/____
gg / mm / aaaaLuogo di nascita: _____
Città italiana o Stato estero**Identificazione del medico proponente (ricovero) o esecutore (ambulatorio)**

L'atto sanitario oggetto della presente documentazione e riferito al foglio informativo sopra riportato è stato proposto da Dott./Dott.sa:

Data : ____/____/____
gg / mm / aaaaFirma: _____
Medico proponente/esecutore (matricola e firma/sigla)**Ricevuta del foglio informativo**

I sottoscritti dichiarano di avere ricevuto e compreso le informazioni contenute nel foglio informativo sopra riportato.

Data : ____/____/____
gg / mm / aaaaFirma: _____
Padre o rappresentante legaleData : ____/____/____
gg / mm / aaaaFirma: _____
Madre o rappresentante legale**Espressione della volontà**In riferimento all'atto sanitario oggetto della presente documentazione e al foglio informativo sopra riportato, i sottoscritti dichiarano di **ACCETTARE** **RIFIUTARE** l'atto proposto. I sottoscritti dichiarano di essere consapevoli che il consenso qui espresso può essere revocato.Per le donne in età fertile, su specifica richiesta medica: **stato di gravidanza** sì no non notoData : ____/____/____
gg / mm / aaaaFirma: _____
Padre o rappresentante legaleData : ____/____/____
gg / mm / aaaaFirma: _____
Madre o rappresentante legale

Data redazione	Redatto da	Revisione	Data approvazione	Approvato da	Pagina
23/07/2009	UO Endoscopia	04	08/04/2021	UO Qualità e Risk Management	3 di 4



PAZIENTE MINORENNE

Autocertificazione per genitore unico

Con la presente il sottoscritto dichiara di essere l'unico rappresentante presente/legale del minore.

Data : ____/____/_____
gg / mm / aaaaFirma: _____
Il genitore presente o rappresentante legale**Revoca del consenso**In riferimento all'atto sanitario oggetto della presente documentazione per il quale è già stato espresso il consenso, i sottoscritti dichiarano di **REVOCARE** il consenso.Data : ____/____/_____
gg / mm / aaaaFirma: _____
Padre o rappresentante legaleData : ____/____/_____
gg / mm / aaaaFirma: _____
Madre o rappresentante legale**Ricevuta della revoca**

Il sottoscritto Dott./Dott.sa dichiara di avere ricevuto la revoca del consenso all'atto sanitario oggetto della presente documentazione.

Data : ____/____/_____
gg / mm / aaaaFirma: _____
Medico ricevente (matricola e firma/sigla)**Fattori di rischio associati**

Indicazione delle condizioni morbose concomitanti che costituiscono fattore di rischio:

Data redazione	Redatto da	Revisione	Data approvazione	Approvato da	Pagina
23/07/2009	UO Endoscopia	04	08/04/2021	UO Qualità e Risk Management	4 di 4