

# **Esame endoscopico del tratto digestivo superiore (gastroscopia) con eventuale trattamento**

## **Promemoria per il colloquio informativo (in duplice copia)**

Cognome: ..... Nome: ..... Data di nascita: .....

Esame del: ..... Giorno: ..... Ora: .....

### **Perché questo esame/trattamento?**

Nel suo caso esiste il sospetto di una patologia a livello dell'esofago, dello stomaco o del duodeno oppure è già stata diagnosticata. Questa patologia necessita probabilmente di un trattamento che può essere eseguito per via endoscopica.

### **Perché questo promemoria?**

Vorremmo informarla sulle modalità dell'esame, su eventuali interventi supplementari e sui rischi che ne potrebbero derivare. Si annoti eventuali domande che potrà porre in seguito al medico. Porti questo promemoria con sé alla visita.

### **Come si svolge l'esame?**

Dopo un'anestesia locale della gola con uno spray e, se lo desidera, un'iniezione di un calmante nella vena del braccio, viene introdotto uno strumento flessibile (endoscopio o gastroscopio) attraverso la bocca, nell'esofago e nello stomaco fino al duodeno. Degli appositi accessori permettono di prelevare piccole porzioni di tessuto (biopsie) per ulteriori indagini. Questo non comporta nessun dolore. Durante e dopo l'esame verrà tenuto costantemente sotto osservazione.

### **Quali sono gli ulteriori interventi possibili durante una gastroscopia?**

- Trattamento di vene varicose dell'esofago.
- Dilatazione di un restringimento dell'esofago.
- Posa di un tubo nell'esofago per facilitare il passaggio dei cibi.
- Asportazione di polipi.
- Posa di una sonda nello stomaco per la nutrizione.
- Altri: .....

### **Come bisogna prepararsi?**

Per l'esame/trattamento lo stomaco deve essere vuoto e quindi libero da alimenti. Questo significa essere a digiuno il giorno dell'esame. In pratica non deve consumare bevande o cibi solidi almeno 6 ore prima dell'esame.

### **Quali rischi comportano questi interventi?**

Le complicazioni sono rare. La frequenza delle complicazioni dipende dal tipo di intervento. In relazione agli interventi sopracitati potrebbero sopraggiungere delle infezioni, dei sanguinamenti o ferite (perforazioni). Molto raramente si rende necessario un intervento chirurgico.

**Come ci si deve comportare dopo l'intervento?**

Se lei dovesse ricevere un'iniezione di un calmante, il giorno dell'esame non potrà condurre un autoveicolo o firmare documenti con valore legale.

Se dopo l'esame/trattamento dovessero sopraggiungere dei dolori addominali, dei disturbi sensoriali (p.es capogiri, nausea), oppure se dovesse osservare la presenza di sangue dall'ano (sottoforma di feci nere e molli) contatti senza esitare noi, il suo medico curante oppure l'ospedale più vicino.

**Avete domande relative al colloquio informativo?**

Durante il colloquio informativo deve porre tutte le domande che le sembrano importanti per esempio:

- Qual è la necessità e l'urgenza dell'esame/trattamento?
- Quali metodi alternativi esistono all'esame/trattamento?
- Esistono dei rischi personali particolari che non sono stati enumerati nel promemoria?

**Come posso contribuire a ridurre il rischio di complicazioni?**

Seguendo attentamente le istruzioni del medico per la preparazione all'esame e rispondendo alle domande seguenti:

Fa uso di medicinali anticoagulanti?	si	no
Ha fatto uso negli ultimi giorni di Aspirina®, Alcacyl®, Tiatral® o altri medicinali antidolorifici o contro l'influenza?	si	no
È nota da lei un'elevata tendenza al sanguinamento (anche in caso di piccole ferite)?	si	no
Soffre di allergie a determinati medicinali?	si	no
Se sì, a quali .....		
Soffre di un vizio cardiaco, è stato operato/a in precedenza al cuore o è portatore/trice di una protesi ad un'articolazione?	si	no

Io, sottoscritto/a, ho preso conoscenza di questo promemoria e sono stato informato/a dal medico durante un colloquio sulle modalità dell'esame/intervento, sulle diagnosi e sui rischi in modo chiaro, comprensibile e completo. Ho ottenuto risposte esaurienti alle domande che ho posto. Sono d'accordo con l'esecuzione dell'esame/intervento.

Luogo/Data

Firma del paziente

Firma del medico

