

**Indicazione dell'atto sanitario**

Clinica San Martino 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, a discrezione dell'anestesista presente in seduta. Il paziente è monitorato per tutta la procedura endoscopica, con il controllo dei livelli di ossigenazione, della frequenza cardiaca e della pressione sanguigna.

**Conseguenze e ricadute**

È 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 ALLA GUIDA DEGLI AUTOVEICOLI NELLE 24 ORE SUCCESSIVE ALLA SEDAZIONE** ed è sconsigliata anche l'esecuzione di lavori impegnativi; **IL PAZIENTE SARA' 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%. Un corretto monitoraggio dei parametri vitali consente di ridurre il rischio di complicanze gravi.

**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 medico proponente/esecutore ed il paziente (ovvero il legale rappresentante).

**Clinica San Martino s.r.l.****Sede Legale:**

Via Paradiso angolo Via Selvetta 1  
23864 Malgrate (LC)  
Tel. 0341 1695111

**Sedi Operative:**

23864 Malgrate (LC) | Via Paradiso angolo Via Selvetta

**Dir. San.**

Dott.ssa Marta Crespi

**DOCUMENTAZIONE DELLE VOLONTA'  
ESPRESSE DAL PAZIENTE****Dati identificativi del paziente**

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_  
Data di nascita: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Luogo di Nascita: \_\_\_\_\_

**Dati identificativi del rappresentante legale** (No  Si )

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_  
Data di nascita: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Luogo di Nascita: \_\_\_\_\_

**Identificativo 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.ssa:

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Ricevuta del foglio informativo**

Il sottoscritto dichiara di avere ricevuto e compreso le informazioni contenute nel foglio informativo sopra riportato.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Espressione della volontà**

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

Il sottoscritto 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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Clinica San Martino s.r.l.****Sede Legale:**

Via Paradiso angolo Via Selvetta 1  
23864 Malgrate (LC)  
Tel. 0341 1695111

**Sedi Operative:**

23864 Malgrate (LC) | Via Paradiso angolo Via Selvetta

**Dir. San.**

Dott.ssa Marta Crespi