



CLINICA SAN MARTINO

## FOGLIO INFORMATIVO E CONSENSO PER L'ATTO SANITARIO: SEDAZIONE PER ENDOSCOPIA

*(In accordo al nuovo Codice di Deontologia Medica del Dicembre 2006, Capo IV Art, 33  
-34-35-36-37-38, alla convenzione sui diritti dell'uomo e la Biomedicina del Consiglio d'Europa del  
4/04/1997, Capitolo II, Art. 5-6-8-15, ....)*

### 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, possono preesistere 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

## FOGLIO INFORMATIVO E CONSENSO PER L'ATTO SANITARIO: SEDAZIONE PER ENDOSCOPIA

(In accordo al nuovo Codice di Deontologia Medica del Dicembre 2006, Capo IV Art, 33  
-34-35-36-37-38, alla convenzione sui diritti dell'uomo e la Biomedicina del Consiglio d'Europa del  
4/04/1997, Capitolo II, Art. 5-6-8-15, ....)

### DOCUMENTAZIONE DELLE VOLONTA' ESPRESSE DAL PAZIENTE

#### Dati identificativi del paziente:

Cognome: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Luogo: \_\_\_\_\_

#### Dati identificativi del rappresentante legale: ( NO SI )

Cognome: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Luogo: \_\_\_\_\_

#### 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: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Luogo: \_\_\_\_\_

#### Ricevuta del foglio informativo

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

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

Luogo: \_\_\_\_\_

#### 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:** SI  NO  NON NOTO

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

Firma: \_\_\_\_\_