



DICHIARAZIONE DI INFORMAZIONE

SPAZIO PER L'ETICHETTA

Io sottoscrittonato/a il.....
dichiaro di essere stato informato dal Dott.

in modo chiaro, comprensibile ed esaustivo, con adeguato anticipo, mediante colloquio e consegna di materiale informativo (ALL_01_GE; allegare CI), sulla natura e sullo stato dell'attuale quadro clinico, nonché sulla conseguente indicazione ad eseguire

MANOMETRIA ESOFAGEA

In relazione alla specifica procedura/procedure proposte mi sono state fornite ulteriori informazioni, tra cui quelle contenute nell'opuscolo informativo allegato, del quale mi è stata anche consegnata copia e che è parte integrante del presente documento di consenso.

Dichiaro, in particolare, di essere stato informato riguardo a:

- diagnosi**, con le motivazioni scientifiche a sostegno della procedura proposta e i benefici attesi
- necessità del digiuno (almeno 6 ore per i solidi e 2 ore per i liquidi);**
- adempimenti** preliminari, modalità di svolgimento, tempi della procedura e dell'eventuale degenza;
- valutazione dell'assetto coagulativo** con relativi interventi correttivi ed informativa per pazienti in TAO e terapia antiaggregante;
- tipologia e organizzazione della **STRUTTURA SANITARIA, con eventuale collaborazione/partecipazione** attiva di personale in formazione, con l'assistenza di tutor, e/o di specialisti già formati e carenze/inefficienze di tipo transitorio (.....);
- indicazione, in caso di necessità, a praticarmi **trasfusione di sangue o emoderivati**;
- eventuale necessità di **metodiche integrative** (radiologiche, radiologiche interventistiche, chirurgiche, altro (.....) conseguenti al mancato completamento/insuccesso della procedura proposta;
- esistenza di **alternative diagnostico-terapeutiche** in relazione al quadro clinico, con specifici limiti e vantaggi rispetto alla procedura propositami;
- possibile evoluzione della malattia/quadro clinico in caso di rifiuto della procedura;**
- in ordine alle **complicanze, mortalità, controindicazioni e principi di tecnica**, mi è stata fornita ampia e specifica informazione, nonché consegnato l'opuscolo allegato che tale informazione riassume ed illustra. Mi è stato anche spiegato che le percentuali riportate aumentano in relazione a particolare complessità anatomica o a situazioni cliniche particolarmente critiche
- possibilità, compatibilmente con la dotazione strumentale, che vengano effettuate **riprese fotografiche o video** per documentare la presenza di patologie importanti o particolari.

Tutto ciò premesso, avendo compreso quanto rappresentatomi dai sanitari/dal soggetto da me delegato a ricevere le informazioni

Il paziente ha richiesto le seguenti ulteriori informazioni relative all'intervento e le sue possibili complicanze:

DOMANDA.....

RISPOSTA:

DOMANDA.....

RISPOSTA:

A. ADESIONE ALLA PROCEDURA

ACCETTO DI ESSERE SOTTOPOSTO ALLA PROCEDURA PROPOSTA COMPRESA OGNI MANOVRA CONNESSA E COMPLEMENTARE

Firma del paziente

Firma dell'esercente la patria potestà o del tutore.....

Firma degli eventuali testimoni 1°.....

2°.....

Firma dell'interprete/delegato (il quale attesta di aver ricevuto tutte le informazioni di cui sopra e di averle trasmesse al paziente)

Firma leggibile del medico che ha informato il paziente.....

Data.....

Spazio riservato in caso di consenso manifestato SOLO oralmente per impossibilità del paziente a firmare

Nome e cognome del testimone (stampatello)

Documenti di riconoscimento.....

Firma (testimone)Data.....

Nome e cognome del testimone (stampatello)

Documenti di riconoscimento.....

Firma (testimone)Data.....

B. RIFIUTO CONSAPEVOLE

Avendo compreso contenuti e finalità delle informazioni fornite, non acconsento a sottopormi alla procedura proposta.

Firma del paziente Data.....

ALTERNATIVE - RINUNCIA ALL'INFORMAZIONE/DELEGA A TERZI

Dichiaro, ai fini dell'acquisizione del consenso, di aver espresso piena fiducia nelle scelte e nell'operato dei Sanitari, e di aver quindi rinunciato consapevolmente a qualsiasi informazione dai medesimi proposta.

Firma Data

Delego il Sig. (che sottoscrive per accettazione) a raccogliere le informazioni dei Sanitari a seguito delle quali mi riservo di esprimere/negare il consenso alle procedure proposte.

Firma Delegato

REVOCA DEL CONSENSO IN CORSO D'ESAME

Firma Data



MANOMETRIA ESOFAGEA

SCHEDA INFORMATIVA

Queste brevi informazioni hanno lo scopo di informarla e di renderla il più possibile consapevole del tipo di esame a cui Lei sta per sottoporsi. Le consigliamo di leggerle attentamente e, qualora ritenga opportuno formulare delle domande, si rivolga al suo Medico Curante o al Personale del Servizio di Endoscopia digestiva.

COS'E' LA MANOMETRIA ESOFAGEA?

È un esame specialistico che studia e misura con precisione la pressione e i movimenti dell'esofago e del cardias (cioè la struttura anatomica che divide lo stomaco dall'esofago).

A COSA SERVE?

Studia quelle patologie che coinvolgono l'esofago e il cardias, come per esempio:

- Difficoltà a deglutire
- Reflusso gastroesofageo
- Patologie dei movimenti dell'esofago

È inoltre utile come esame preliminare alla pH-metria esofagea.

COME SI ESEGUE?

Attraverso la narice si introduce un sondino flessibile e sottile.

Per diminuire il fastidio, prima dell'esame, naso e gola vengono spruzzati con uno spray anestetico: è quindi importante segnalare eventuali allergie a farmaci o ad altre sostanze.

Durante l'esame il paziente rimane sdraiato su un lettino sveglio e cosciente e deve solo fare dei respiri profondi e deglutire un po' d'acqua quando richiesto.

L'esame dura circa 15-20 minuti.

QUALI SONO LE COMPLICANZE?

La manometria è una procedura sicura; provoca solitamente un po' di fastidio nel naso e in gola per l'introduzione della sonda. Rarissime sono le complicanze come crisi vagale o trigeminale e perforazione di un diverticolo. In qualche raro caso, qualora vi fossero, per motivi anatomici, difficoltà al posizionamento del sondino, potrebbe essere necessaria la sua collocazione in sede dopo un esame endoscopico (egds). In tal caso la procedura verrà discussa precedentemente con il paziente.

COME DEVE PRESENTARSI IL PAZIENTE?

A digiuno da 8 ore. Occorre sospendere l'assunzione di farmaci che influenzano la motilità dell'esofago (metoclopramide, domperidone, etc.), mentre gli altri farmaci possono essere continuati; tuttavia, al momento della prenotazione, è importante riferire la terapia in atto e concordare con il medico eventuali modifiche.

E' opportuno presentarsi con tutta la documentazione attinente (esami eventualmente già eseguiti, prescrizioni di terapia, lettera di dimissione ecc.).

Non è necessario che il paziente sia accompagnato, in quanto non vengono somministrati farmaci.