

**U.O. di CHIRURGIA GENERALE**  
**Servizio di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva**  
**Responsabile: Dr. ssa Roberta Motta**

**NOTA INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO ALLA SEDAZIONE LIEVE  
E MODERATA PER L'ESAME ENDOSCOPICO**

**COS'E' LA SEDAZIONE LIEVE-MODERATA?**

Si intende quella sedazione per la quale l'utente è capace indipendentemente e continuamente di mantenere il controllo del respiro, rispondere agli stimoli tattili e cooperare ai comandi verbali, ottenendo la riduzione o la scomparsa dell'ansia ed eliminando l'agitazione psicomotoria e lo squilibrio emotivo.

**COME LA SI OTTIENE?**

Le benzodazepine più comunemente impiegate per la sedazione cosciente in endoscopia digestiva sono il Diazepam (Valium®) e il Midazolam (Ipnovel®). L'una e l'altra vengono somministrate per via endovenosa in piccole dosi frazionate sino al raggiungimento della sedazione desiderata.

Altri farmaci utilizzati per via endovenosa a scopo analgesico in associazione con una benzodiazepina sono il Fentanil e la Petidina Cloridrato: tale associazione è utilizzata in genere per l'esecuzione della colonscopia in sedazione.

Un farmaco non sedativo, ma utilizzato in endoscopia è il N-butil bromuro di joscina (Buscopan®) dotato di capacità anticolinergica e pertanto in grado di svolgere un'azione antispastica.

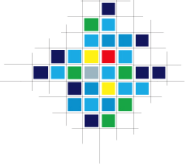
Può essere anche effettuata un'anestesia topica del cavo orale e della faringe ottenibile con un anestetico sotto forma di spray (Ecocain®).

**PERCHE' VIENE FATTA?**

Gli obiettivi della sedazione in endoscopia sono quelli di ridurre notevolmente il disagio per l'utente e rendere meno fastidioso l'esame. La sedazione migliora la collaborazione dell'utente soprattutto se egli è refrattario a sottoporsi all'indagine.

**QUALI SONO LE COMPLICANZE?**

La sedazione cosciente può essere gravata, come qualsiasi atto medico, da rare complicanze quali: isolati casi di broncospasmo e reazioni allergiche; problemi cardio-respiratori come l'alterazione della pressione arteriosa, della frequenza e del ritmo cardiaco: depressione respiratoria, apnea, arresto respiratorio e/o cardiaco, che in alcune ancor più rare circostanze potrebbero risultare pericolose per la vita.



**U.O. di CHIRURGIA GENERALE**  
**Servizio di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva**  
**Responsabile: Dr. ssa Roberta Motta**

**VALUTAZIONE ANAMNESTICA**

Cognome e nome \_\_\_\_\_ Età : \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

**Di quali malattie soffre o ha mai sofferto:**

Soffre di epilessia?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI _____
Assume farmaci neurologici, sedativi?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI _____
Soffre di asma?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI _____
Soffre di bronchite?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI _____
E' fumatore?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI _____
Soffre di pressione?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI _____
Soffre di cuore?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI _____
Assume farmaci cardio-vascolari?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI _____
Soffre di diabete?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI _____
Soffre di tiroide?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI _____
Soffre di malattie del fegato?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI _____
Assume bevande alcoliche?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI _____
Soffre di allergie?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI _____
Allergie a sostanze farmacologiche o chimiche?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI _____
E' mai stato sottoposto ad anestesia?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI _____
Ha mai avuto problemi con l'anestesia?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI _____
Precedenti esami endoscopici in sedazione?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI _____

Farmaci che assume \_\_\_\_\_

**CONSENSO INFORMATO ALLA SEDAZIONE LIEVE E MODERATA PER  
L'ESAME ENDOSCOPICO**

**Paziente/utente:**

Etichetta del paziente

Nome e cognome: .....

Luogo di nascita ..... nato/a il .....

**In caso di paziente minore:**

**Genitori**

Nome e cognome del padre \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_

Nome e cognome della madre \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_

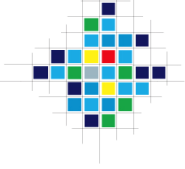
**In caso di paziente con tutela:**

**Rappresentante Legale**     **Amministratore di sostegno**     **Tutore/Curatore** (come provvedimento del Giudice Tutelare allegato)

Nome e cognome: \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_

**Nel caso di presenza di:**

**Interprete e/o Testimone :**     NO     SI



**U.O. di CHIRURGIA GENERALE**  
**Servizio di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva**  
**Responsabile: Dr. ssa Roberta Motta**

**Dichiara di essere stato informato dal/la**

Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_

in modo chiaro e comprensibile, della possibilità di eseguire l'esame endoscopico proposto sotto sedazione farmacologica.

Dichiara di aver letto attentamente e di aver avuto esaurienti spiegazioni su quanto esposto nelle informazioni relative alla sedazione e pertanto di aver chiaramente compreso le indicazioni e le modalità di esecuzione, di essere pienamente consapevole degli obiettivi, dei benefici, degli insuccessi e degli eventuali rischi e complicanze legate alla somministrazione dei farmaci impiegati.

E' stato altresì informato sull'eventuale alternativa di sottoporsi all'esame endoscopico senza sedazione, che viene rifiutata consapevolmente.

Infine esprime in modo consapevole e cosciente che:

**ACCONSENTE**

**NON ACCONSENTE**

ad esser sottoposto a sedazione lieve/moderata.

Data \_\_\_\_\_

Ora \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL PAZIENTE**

(o dei genitori e /o del rappresentante legale)

\_\_\_\_\_  
**TIMBRO E FIRMA**  
**del MEDICO ENDOSCOPISTA**

Consenso ottenuto con l'ausilio di un interprete:

\_\_\_\_\_  
**FIRMA INTERPRETE E/O TESTIMONE**

**REVOCA del CONSENSO**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

Dichiaro di voler **REVOCARE** il consenso precedentemente fornito e di essere pertanto a conoscenza delle probabili conseguenze derivanti dal mio rifiuto.

Firma del paziente \_\_\_\_\_  
(o dei genitori e/o del rappresentante legale)

Timbro e Firma del Medico \_\_\_\_\_

Il trattamento dei dati è conforme alle disposizioni contenute ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 in materia di protezione dei dati personali e D.lgs. 10/08/2018 n.101