

ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA E ASPORTAZIONE ENDOSCOPICA DI CORPI ESTRANEI

Caro/a paziente,

talora può accadere di ingerire accidentalmente dei "corpi estranei" che possono bloccarsi a livello dell'esofago o dello stomaco, per cui può essere indicata la rimozione endoscopica per prevenire le possibili complicanze. Questo foglio informativo è stato preparato per aiutarLa a capire le modalità di esecuzione dell'esame ed i relativi rischi. La preghiamo di leggerlo molto attentamente in quanto prima dell'esame Le verrà chiesto di **firmare il modulo di consenso**.

Modalità di esecuzione

Prima dell'esame è opportuno rimuovere occhiali ed eventuali protesi dentarie mobili. Lei verrà fatto coricare su un lettino, sul fianco sinistro, e dovrà tenere un boccaglio in bocca. Prima di iniziare l'esame Le verrà spruzzato un anestetico locale spray in gola, poi il gastroscopio verrà introdotto attraverso il boccaglio in bocca e quindi in esofago o stomaco. Una volta visualizzato il corpo estraneo si può procedere all'estrazione dello stesso utilizzando una piccola pinza o un'altro accessorio idoneo introdotto nel canale operativo dell'endoscopio. La durata dell'esame è solitamente di 30-45 minuti. Per rendere più facile e sopportabile l'esame stesso, se necessario, Le verranno somministrati per via endovenosa farmaci antispastici, antidolorifici e/o sedativi, che potranno causare sonnolenza e/o difficoltà visiva transitoria. Talora è necessario eseguire l'esame in anestesia.

Cosa succede dopo l'esame?

Nella maggior parte dei casi, terminato l'esame, Lei potrà lasciare l'Ospedale. In caso di somministrazione di farmaci (antispastici e/o sedativi e/o antidolorifici), sarà necessario un breve periodo di osservazione, e andrà evitata la guida di autoveicoli per almeno 12 ore.

È possibile assumere cibi e/o bevande dopo che sarà scomparso l'effetto dell'anestesia locale alla gola.

Quali sono le possibili complicanze?

La estrazione endoscopica di piccoli corpi estranei è solitamente priva di complicanze di rilievo. In casi eccezionali possono verificarsi emorragie, perforazioni e migrazioni del corpo estraneo nelle vie aeree.



Avvertenze

Se non ha compreso chiaramente quanto illustrato in questo foglio informativo o se necessita di ulteriori informazioni chieda chiarimenti al medico prima di iniziare l'esame.

Informi il medico che esegue l'esame su eventuali malattie del cuore, dei polmoni, malattie infettive acute/croniche (p. es.: epatite, AIDS), malattie del sangue o alterazioni della coagulazione, su altre malattie importanti e su eventuali allergie.

Eventuali referti di esami endoscopici o radiologici relativi alla stessa patologia oggetto dell'esame vanno presentati al medico che esegue l'esame.

Per Informazioni

Segreteria Gastroenterologia Treviso **0422 322446**

Segreteria Gastroenterologia Oderzo **0422 715388**

**CONSENSO****ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA E
ASPORTAZIONE ENDOSCOPICA DI CORPI ESTRANEI**

Il/la sottoscritto/a _____

1. dichiara di aver preso visione del modulo informativo "Esofagogastroduodenoscopia e asportazione endoscopica di corpi estranei" che gli è stato consegnato;
2. dichiara di essere stato adeguatamente informato e di aver compreso le indicazioni e le modalità di esecuzione della Esofagogastroduodenoscopia per l'asportazione di corpi estranei e di aver compreso le indicazioni e le modalità di esecuzione della procedura;
3. acconsente a sottoporsi alla procedura di _____

Avvertenze

Scriva nello spazio sottostante i farmaci che assume regolarmente a domicilio ed in particolare se assume aspirina (o similari) e/o anticoagulanti (*Sintrom, Coumadin, Eliquis, Pradaxa, Xarelto*).

Farmaci assunti a domicilio:

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Per ridurre ulteriormente il rischio di complicanze, La preghiamo di rispondere alle seguenti domande:

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Assume regolarmente farmaci anticoagulanti o antiaggreganti ? | ☐ Si | ☐ No |
| 2. Sa di avere allergie o intolleranza a farmaci ? | ☐ Si | ☐ No |
| 3. Sa di avere malattie del fegato ? | ☐ Si | ☐ No |
| 4. Sa di avere malattie del sangue ? | ☐ Si | ☐ No |
| 5. E' portatore di Pacemaker ? | ☐ Si | ☐ No |
| 6. E' portatore di protesi dentaria mobile ? | ☐ Si | ☐ No |

Treviso, _____

Firma del paziente _____
(o del suo legale rappresentante)

Firma del medico _____