



**CONSENSO INFORMATO ALLA SEDAZIONE PROFONDA IN ENDOSCOPIA:
INFORMATIVA E QUESTIONARIO ANAMNESTICO**

(LA SEDAZIONE VIENE ESEGUITA SOLAMENTE SE IL PAZIENTE È ACCOMPAGNATO)

Sig. nato/a il

Cognome e Nome accompagnatore:

In qualità di

La sedazione profonda è una delle sedazioni praticabili e a disposizione presso il nostro Servizio di Endoscopia digestiva. Per questo tipo di sedazione è indispensabile che il paziente venga presso il servizio accompagnato da una persona adulta che lo riaccomagni al domicilio. **Per tutta la giornata della sedazione il paziente non potrà guidare, svolgere attività impegnative o pericolose in quanto potrebbe avere un rallentamento dei riflessi o delle amnesie, non bisognerà inoltre assumere alcolici.**

LA SEDAZIONE PROFONDA è la sedazione che non può essere praticata dal medico che esegue l'endoscopia, ma deve essere praticata dal Medico Anestesista. Il Medico Anestesista decide in funzione dei casi quali farmaci somministrare, egli può decidere di somministrare anche farmaci di uso esclusivamente anestesiológico (come il *Propofol*). Il paziente in sedazione profonda si addormenta per la durata dell'indagine e quindi non ha alcuna consapevolezza durante l'esame, non avverte quindi dolore e non conserva un ricordo di quanto è avvenuto, naturalmente viene monitorato durante tutto l'esame dal Medico Anestesista.

Dopo l'esame viene osservato per un breve periodo (di solito non più di 2 ore) nella sala risveglio e poi può tornare a casa **accompagnato**.

È richiesto il digiuno assoluto dalla mezzanotte (è consentito bere acqua).

Proprio perché il paziente non è vigile e collaborante, dovrà dare il proprio preventivo assenso, prima dell'esame, ad eventuali procedure endoscopiche che si dovessero rendere necessarie nel corso dell'esame (biopsia, polipectomia).

La sedazione profonda, deve essere concordata anticipatamente in quanto sarà cura del personale dell'Endoscopia avvisare il Medico Anestesista della collaborazione richiesta.

Sempre quando ci si reca per eseguire un esame di endoscopia digestiva, ma a maggior ragione se si desidera la sedazione, è indispensabile informare i medici delle patologie pregresse o in atto, di tutta la terapia farmacologica, di eventuali allergie, di eventuali serie alterazioni degli esami del sangue.

Quali sono le complicanze?

La sedazione profonda può essere gravata, come qualsiasi atto medico, da complicanze quali: isolati casi di broncospasmo e reazioni allergiche: problemi cardio respiratori come alterazione della pressione arteriosa, della frequenza e del ritmo cardiaco; nausea, depressione respiratoria, apnea, arresto respiratorio e/o cardiaco.

Acconsento alla sedazione profonda: Sì No

Data, ___ / ___ / ___

Firma dell'interessato
(o esercente patria potestà/tutore)

Timbro e
firma del medico
anestesista

Si richiede la firma dell'accompagnatore per la sicurezza del paziente, sottoposto ad esame in sedazione profonda; per presa visione attraverso il referto ricevuto dopo l'esame, ove vi è indicato il nome del farmaco.

Firma di chi accompagna.....

**QUESTIONARIO ANAMNESTICO
PER LA SEDAZIONE PROFONDA**

COGNOME _____ NOME _____ DATA DI NASCITA _____	
PESO _____ ALTEZZA _____	
Soffre di allergie?	SI / NO
Fuma?	SI / NO
Beve alcolici?	SI / NO
Assume farmaci?	SI / NO
Se si: _____ _____	
Ha avuto in passato o soffre attualmente di:	
a) Problemi di cuore?	SI / NO
b) Difficoltà a fare sforzi fisici?	SI / NO
c) Problemi di circolazione, pressione alta?	SI / NO
d) Problemi di respirazione, tosse, asma, enfisema?	SI / NO
e) Problemi neurologici, ictus, epilessia, Parkinson?	SI / NO
f) Problemi di reni, insufficienza renale, calcoli?	SI / NO
g) Problemi di fegato, epatite, cirrosi, calcoli?	SI / NO
h) Problemi di diabete?	SI / NO
i) Problemi alla tiroide?	SI / NO
j) Problemi di ansia, depressione?	SI / NO
k) Malattie muscolari?	SI / NO
- Problemi di coagulazione, sanguinamento prolungato dopo ferite?	SI / NO
- Ha avuto malattie recenti?	SI / NO
Se si: quali? _____	
- Ha avuto interventi chirurgici?	SI / NO
Se si: quali? _____	
• È già stato/a sottoposto/a ad anestesia?	SI / NO
• Ha avuto problemi con l'anestesia?	SI / NO
Se si: quali? _____	
- È a conoscenza di suoi familiari che abbiano avuto complicanze legate all'anestesia?	SI / NO
- Ha protesi dentarie o denti non ben fissi?	SI / NO
- È in gravidanza?	SI / NO

Data, ___ / ___ / ____

Firma dell'interessato
(o esercente patria potestà/tutore)