



Ospedale Classificato "San Giuseppe"

20123 Milano - Via San Vittore, 12

**UNITÀ OPERATIVA COMPLESSA  
di GASTROENTEROLOGIA  
e di ENDOSCOPIA DIGESTIVA**

Direttore: Dott. Felice Cosentino

Tel.: 02/ 8599.4811  
[cosent@tin.it](mailto:cosent@tin.it) - [fcosentino@milanocuore.eu](mailto:fcosentino@milanocuore.eu)  
[www.sangiuseppe.eu](http://www.sangiuseppe.eu)



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO**  
Polo Didattico Centrale

## PROTOCOLLO INFORMATIVO E RICHIESTA DI CONSENSO ALLA SEDO-ANALGESIA PER L'ESAME ENDOSCOPICO

Data \_\_\_\_\_

Nome e cognome: \_\_\_\_\_

Esame: \_\_\_\_\_

### INFORMAZIONI PER L'UTENTE

#### **Cos'è la sedazione/analgesia?**

Si intende quella sedazione o analgesia per la quale il paziente conserva la capacità di respirare autonomamente, rispondere agli stimoli tattili e cooperare ai comandi verbali. La sedazione/analgesia consente di ottenere la riduzione o la scomparsa dell'ansia ed eliminare l'agitazione psicomotoria e lo squilibrio emotivo.

#### **Come la si ottiene?**

I farmaci più comunemente utilizzati per la sedo-analgesia sono: il midazolam (della famiglia delle benzodiazepine) e la petidina o meperidina (antidolorifico della famiglia degli oppiacei). Questi, vengono somministrati per via endovenosa in piccole dosi frazionate sino al raggiungimento della sedazione desiderata. Può essere anche effettuata un'anestesia topica del cavo orale e del faringe ottenibile con un anestetico sotto forma di spray. La sedo-analgesia viene eseguita sotto costante monitoraggio delle funzioni cardio-respiratorie del paziente.

#### **Perché 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 oltre a migliorare la collaborazione del paziente (soprattutto se è refrattario a sottoporsi all'indagine) offre maggiori garanzie di una più facile e accurata esecuzione della procedura endoscopica.

#### **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.
- Inoltre si possono avere dolore nel punto di iniezioni e tromboflebiti.

L'utente dovrà astenersi dalla guida di autoveicoli e dall'impiego di macchinari potenzialmente pericolosi, nonché dall'eseguire lavori impegnativi o prendere decisioni legali nelle 24 ore successive all'esame endoscopico e potrà lasciare l'ambulatorio solo se accompagnato.

#### **Qual è l'alternativa?**

Eeguire l'esame endoscopico senza alcuna sedazione.

## VALUTAZIONE ANAMNESTICA

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Età: \_\_\_\_\_ peso: \_\_\_\_\_ P.A. \_\_\_\_\_

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

Soffre di epilessia? SI NO

Assume farmaci neurologici, sedativi? SI NO

Soffre di asma? SI NO

Soffre di bronchite? SI NO

E' fumatore? SI NO

Russa durante il riposo notturno? SI NO

Soffre di pressione? SI NO

Soffre di cuore? SI NO

Assume farmaci cardio-vascolari? SI NO

Soffre di diabete? SI NO

Soffre di tiroide? SI NO

Soffre di malattie del fegato? SI NO

Assume bevande alcoliche? SI NO

Soffre di allergie? SI NO

Allergie a sostanze farmacologiche o chimiche? SI NO

E' mai stato sottoposto ad anestesia? SI NO

Ha mai avuto problemi con l'anestesia? SI NO

Precedenti esami endoscopici con sedazione? SI NO

**Se si** specificare \_\_\_\_\_

Per cortesia scriva i nomi dei farmaci che assume: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Consenso Informato alla sedazione/analgesia

Il Sottoscritto \_\_\_\_\_

Dichiara di essere stato informato dal Dr. \_\_\_\_\_

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 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 senza sedazione, che viene rifiutata consapevolmente.

**Le informazioni fornite sono state del tutto esaurienti e ben comprese e pertanto esprime il proprio consenso, consapevole e cosciente, ad essere sottoposto a: sedazione/analgesia cosciente**

Data ..... Firma Paziente .....

Firma Medico .....