



**Parte I**

Dati identificativi del Paziente:

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

**In caso di minori di età:**

Padre:

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Madre:

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

*N.B.:* in caso sia presente un solo genitore occorre allegare il modello di autocertificazione

**Dati sanitari (a cura del Medico)**

Sintesi situazione clinica \_\_\_\_\_

Atto sanitario proposto:

**ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA**

***Dichiaro di aver fornito l'informazione sull'atto sanitario proposto, secondo quanto previsto dalla procedura aziendale del consenso informato.***

data: \_\_\_\_\_ Timbro e firma del MEDICO \_\_\_\_\_

Firma del PAZIENTE per ricevuta dell'informativa \_\_\_\_\_

**• Parte II**

ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ dichiaro:

- di aver ricevuto un'informazione comprensibile e esauriente sull'atto sanitario proposto compresi anche i possibili rischi e le possibili alternative attraverso: 1) l'informativa fornita; 2) il colloquio con un medico;
- di aver capito i rischi potenziali e di essere d'accordo con quanto verrà effettuato
- di essere a conoscenza della possibilità di REVOCARE il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'intervento;
- di (barrare la scelta)  **ACCETTARE / NON ACCETTARE**  liberamente, spontaneamente e in piena coscienza l'atto sanitario proposto.

Osservazioni: \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA DEL PAZIENTE \_\_\_\_\_

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO \_\_\_\_\_

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

**dichiaro di voler R E V O C A R E il consenso**

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



**A.S.L. TO3**

*Azienda Sanitaria Locale  
di Collegno e Pinerolo*

**SEDE DI COLLEGNO**  
**SEDE LEGALE PROVVISORIA**  
Via Martiri XXX Aprile, 30 - 10093 Collegno TO  
Tel. 011.40171

**P.E.C: [aslto3@cert.aslto3.piemonte.it](mailto:aslto3@cert.aslto3.piemonte.it)**

**SEDE DI PINEROLO**  
Stradale Fenestrelle, 72 - 10064 Pinerolo TO  
Tel. 0121.2331

**P.I./Cod. Fisc. 09735650013**

---



**A.S.L. TO3**

Azienda Sanitaria Locale  
di Collegno e Pinerolo

SEDE DI COLLEGNO  
SEDE LEGALE PROVVISORIA  
Via Martiri XXX Aprile, 30 - 10093 Collegno TO  
Tel. 011.40171

P.E.C: [aslto3@cert.aslto3.piemonte.it](mailto:aslto3@cert.aslto3.piemonte.it)

SEDE DI PINEROLO  
Stradale Fenestrelle, 72 - 10064 Pinerolo TO  
Tel. 0121.2331

P.I./Cod. Fisc. 09735650013

## INFORMAZIONI SULL'ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA

La esofagogastroduodenoscopia permette di vedere direttamente l'esofago, lo stomaco e la prima parte del duodeno. Si esegue mediante l'introduzione di una sonda flessibile (GASTROSCOPIO) attraverso la bocca. Il regolare svolgimento delle manovre endoscopiche necessita della collaborazione del paziente.

La preparazione e la procedura sono accuratamente illustrate nell'allegato MODULO UNIFICATO DI INFORMAZIONI PER LA GASTROSCOPIA REDATTO DALL'ASSESSORATO ALLA SANITÀ.

**AFFINCHÈ L'ESAME POSSA ESSERE CORRETTAMENTE ESEGUITO È NECESSARIO CHE ESOFAGO, STOMACO E DUODENO NON CONTENGANO ALIMENTI ED È QUINDI INDISPENSABILE CHE IL PAZIENTE SI PRESENTI DIGIUNO SEGUENDO SCRUPolosAMENTE LE INDICAZIONI DI PREPARAZIONE ALL'ESAME INDICATE IN TALE MODULO.**

La presenza di alimenti anche in piccola quantità ostacola la visione e prolunga l'esame.

L'esame non è del tutto privo di complicanze, e pertanto **È NECESSARIO CHE L'UTENTE ABBA BEN COMPRESO I MOTIVI PER CUI LO ESEGUE ED I RISCHI AD ESSO CONNESSI E CHE, PRIMA DELLO STESSO, ESPRIMA IL PROPRIO "CONSENSO INFORMATO" PER SCRITTO FIRMANDO IL MODULO ALLEGATO PREDISPOSTO DALLA DIREZIONE SANITARIA.**

### ACCOGLIENZA

Al momento della prenotazione Le verranno consegnati o verrà invitata a ritirare il presente modulo informativo, il modulo di "consenso informato" e la preparazione all'esame.

Nella data prevista dalla prenotazione dovrà recarsi, munito della **impegnativa del Curante**, presso l'Ufficio Accettazione degli Ambulatori di Endoscopia Digestiva (piano ammezzato del P.O. "E.Agnelli" di Pinerolo, Via Brigata Cagliari n° 39) con **almeno 30 minuti di anticipo** rispetto all'orario segnalato per svolgere le pratiche di accettazione e potersi recare presso il Punto Giallo dell'Ospedale per pagare l'importo del ticket secondo le normative nazionali e/o regionali vigenti. **Se tali pratiche non fossero state svolte non sarà possibile la consegna del referto dell'esame.** Qualora per qualsiasi motivo l'esame non potesse essere eseguito il ticket eventualmente versato verrà interamente rimborsato. Svolte le pratiche potrà attendere la sua chiamata: l'orario di prenotazione è da intendersi indicativo poiché esami precedenti o urgenze potrebbero determinare ritardi che le verranno comunque segnalati.

**NEL CASO DI IMPOSSIBILITÀ A RECARSI ALL'APPUNTAMENTO LA INVITIAMO A DISDIRE L'ESAME PRENOTATO TELEFONICAMENTE AL CENTRO UNIFICATO DI PRENOTAZIONE (CUP) tel n° 840705007 oppure al numero telefonico dell'Accettazione Ambulatoriale 0121/233765.** Nel caso ciò non avvenga l'ASL TO3 potrà ugualmente richiedere la

corresponsione della quota di partecipazione alla spesa sanitaria prevista per l'esame non disdetto.

Al momento dell'ingresso in Sala Endoscopica, dietro Sua richiesta, il medico e/o gli infermieri potranno spiegare ulteriormente la procedura e risponderanno alle Sue domande. Per cortesia compili tuttavia il seguente questionario e informi verbalmente il personale della Sala se ha in altre occasioni manifestato allergie a farmaci.

### QUESTIONARIO

Ha già eseguito in precedenza lo stesso esame? .. SI .. NO

Se **si**, per cortesia porti i vecchi referti (anche vecchie radiografie)

Quale di questi sintomi accusa? Nausea Feci scure Vomito Dolori di stomaco  
Acidità Bruciore Batticuore Altro \_\_\_\_\_

Eventuali altre malattie di cui è affetto: \_\_\_\_\_

Farmaci assunti cronicamente o nell'ultimo mese: \_\_\_\_\_

Se porta occhiali e protesi dentarie mobili sarà necessario toglierle temporaneamente.

### DIMISSIONE:

La gola risulterà anestetizzata per alcuni minuti dopo l'esame e perciò non dovranno essere assunti alimenti/bevande per almeno un'ora.

A causa della sedazione praticata, dopo l'esame potrà accusare un modesto stato di rallentamento dei riflessi, che potrà durare fino a 12 ore; eviti, **pertanto, per quanto possibile, per tale periodo, di passeggiare, spostarsi autonomamente o guidare auto o motoveicoli.**

Il **referto** dell'esame Le sarà consegnato mediamente 15-30 minuti dopo il termine dell'esame stesso, anche in base al tipo di sedazione che si sarà resa necessaria unitamente al foglio per il **ritiro** dell'eventuale **esame istologico** se saranno state eseguite biopsie. Il ritiro dell'esame istologico renderà necessaria la corresponsione di un ulteriore ticket secondo le normative vigenti.



REGIONE  
PIEMONTE