


ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA E COLONSCOPIA
INFORMAZIONI CLINICHE

Gent.le Signora/e _____, l'esame endoscopico che sarà eseguito è stato richiesto dal Suo medico per giungere a una sicura diagnosi e stabilire una terapia mirata.

Attraverso la guida e il foglio informativo che le sono stati messi a disposizione ha potuto conoscere le caratteristiche dell'esame, le modalità nelle quali viene effettuato, gli inconvenienti o le complicanze che si possono verificare.

L'esperienza acquisita dei medici di Endoscopia riduce al minimo la probabilità che tali complicanze accadano.

Per ridurre al minimo i rischi, Le chiediamo cortesemente di rispondere alle seguenti domande; nel caso di dubbi, chieda ulteriori informazioni al suo Medico curante:

| | SI | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|
| E' PORTATORE di PEACEMAKER o di DEFIBRILLATORE? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Se SI : Quale modello? Utile allegare foglietto illustrativo: _____ | | |
| ASSUME TERAPIA ANTICOAGULANTE (Coumadin, Sintrom, NAO) ?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Se SI : Quale farmaco assume ? : _____ | | |
| Se SI : Ha sospeso la terapia anticoagulante come prescritto ?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Se SI : Ha eseguito di recente un PT e PTT ?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ASSUME TERAPIA CON ANTIAGGREGANTI PIASTRINICI (Ticlopidina, Clopidogrel, Aspirina e simili)?... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Se SI : Quale farmaco assume ? : _____ | | |
| Se SI : Da quanti giorni ha sospeso la terapia antiaggregante ? _____ | | |
| E' AFFETTO DA CARDIOPATIA CHE RICHIEDE PROFILASSI PER L'ENDOCARDITE (protesi valvolari, pregresse endocarditi, cardiopatie cianogene congenite, shunt sistemico-polmonare) ?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Se SI : Ha eseguito la profilassi prevista per l'eventuale endocardite ?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| HA MANIFESTATO ALLERGIE A FARMACI ?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Se SI : Indichi quali _____ | | |

**INFORMAZIONI DOPO LA SOMMINISTRAZIONE DELLA PREMEDICAZIONE CONSCIA
(benzodiazepine, oppiacei)**

Dichiaro di essere stato informato che nel corso dell'indagine potranno essermi somministrati dei farmaci in grado di compromettere per varie ore la capacità di attenzione, di valutazione dei rischi e dei tempi di risposta ad essi. Pertanto mi si raccomanda di **non guidare veicoli, né manovrare altri macchinari e di non prendere decisioni importanti sino a domani**. Dopo la dimissione dal Servizio di Endoscopia sarò accompagnato a domicilio da un parente o conoscente.

Data _____ Firma _____