



COLONSCOPIA E ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA 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 al suo Medico curante:

	SI	NO
E' portatore di pacemaker (elettro - stimolatore cardiaco) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assume terapia anticoagulante (Coumadin, Sintrom, NAO)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se SI: - ha sospeso la terapia anticoagulante come prescritto (cfr. preparazione)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- 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: ha sospeso la terapia antiaggregante da almeno sette giorni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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: _____		

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Io sottoscritto/a sig./ra _____

Acconsento che i miei dati personali e sensibili siano conservati, ben custoditi e sottoposti a segreto professionale, in archivio cartaceo ed elettronico presso il Servizio di Gastroenterologia per uso clinico (art. 13 del D.Lgs n. 196/2003 e successive modificazioni e integrazioni).

Data _____

Firma _____
