


**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"/>
<b>Se SI</b> : Quale modello? Utile allegare foglietto illustrativo: _____		
ASSUME TERAPIA ANTICOAGULANTE (Coumadin, Sintrom, NAO) ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Se SI</b> : Quale farmaco assume ? : _____		
<b>Se SI</b> : Ha sospeso la terapia anticoagulante come prescritto ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Se SI</b> : 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"/>
<b>Se SI</b> : Quale farmaco assume ? : _____		
<b>Se SI</b> : 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"/>
<b>Se SI</b> : 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"/>
<b>Se SI</b> : 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 \_\_\_\_\_