



**Dichiarazione di avvenuta informazione e di
espressione del consenso all'atto medico
E.R.C.P.**

M C 15/05 EN

Io sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il _____
dichiaro di essere stata informato/a, in modo chiaro e a me comprensibile dal/dalla Prof./Dr.
_____ che, per la patologia riscontratami _____, è indicata
l'esecuzione di una: **ENDOSCOPIA DIAGNOSTICA E/O OPERATIVA DELLE VIE BILIARI E/O
PANCREATICHE (E.R.C.P.), che, in genere, viene eseguita in sedazione più o meno profonda.**

L'ERCP consiste nell'effettuare un'endoscopia duodenale, introducendo dalla bocca uno strumento a visione laterale e nel successivo passaggio di un sottile catetere nelle vie biliari e/o pancreatiche, con lo scopo di iniettare un mezzo di contrasto per la loro visualizzazione. Dopo aver definito la diagnosi, si possono effettuare delle manovre terapeutiche a carico delle vie bilio-pancreatiche, che nel mio caso potrebbero essere:

**Atto previsto di Endoscopia
Operativa:** _____

Di quanto propostomi, mi sono stati chiaramente spiegati gli obiettivi, i benefici, gli eventuali rischi e/o menomazioni prevedibili.

Sono stato/a informato/a che, durante o dopo l'intervento endoscopico, possono insorgere complicanze e che queste sono più frequenti e gravi nel caso in cui l'intervento stesso venga condotto in pazienti anziani, in condizioni generali compromesse per la presenza di malattie gravi o di particolari fattori di rischio.

Complicazioni endoscopiche:

- **colangite e pancreatite acuta:** sono eventi frequenti dopo ERCP diagnostica od operativa; nella maggioranza dei casi si presentano in forma lieve, ma possono essere anche molto gravi, con serio pericolo per la vita.
- **emorragie:** possono avvenire dopo biopsie o atti terapeutici maggiori, soprattutto nei pazienti affetti da malattie di fegato, della coagulazione o in trattamento anticoagulante o antiaggregante piastrinico. Non sempre un'emorragia può essere controllata definitivamente per via endoscopica e può richiedere un intervento chirurgico ed emotrasfusioni.
- **perforazione:** possono avvenire a carico dell'esofago, dello stomaco, del duodeno, del digiuno o delle vie bilio-pancreatiche; sono eventi possibili in corso di ogni atto diagnostico o terapeutico, specialmente in presenza di diverticoli, di stenosi, di neoplasie o di esiti di radioterapia. Questo rischio è particolarmente elevato in corso di procedure urgenti o durante manovre di dilatazione e papillotomia. E' un evento raro, ma grave e può richiedere, per essere curato, un intervento chirurgico.

Complicanze di tipo medico:

- **cardiache, respiratorie o neurologiche** legate all'aggravamento di una malattia coesistente.
- **reazioni allergiche** o comunque patologiche a farmaci.
- **complicanze legate alle procedure anestesiolgiche:** vedi atto per il consenso informato all'anestesia.
- **batteriemie:** tutti gli esami endoscopici comportano transitori passaggi in circolo di germi a partenza dal tubo digerente ed è necessario che persone che siano portatori di difetti o di protesi cardiache si sottopongano a profilassi antibiotica.

Altre complicanze potrebbero essere rappresentate da: _____



Dichiaro che l'endoscopista mi ha sufficientemente informato/a sull'incidenza che hanno queste complicanze, anche nella sua Unità Operativa. spiegandomi come l'esame endoscopico e le procedure ad esso collegate, benché eseguite con tecnica rigorosa, non possano considerarsi esenti da rischi e che la frequenza delle complicanze può essere aumentata dalla/e malattia/e associata/e da cui sono affetta/o: _____

Sono comunque consapevole che, presentandosi la necessità di salvarmi da un pericolo imminente e non altrimenti evitabile e/o da un danno grave alla mia persona, o se si constatassero difficoltà ad eseguire l'intervento endoscopico, il chirurgo endoscopista adotterà misure idonee a scongiurare o limitare tale pericolo e, comunque, a portare a termine l'intervento endoscopico nella migliore sicurezza, ove necessario, anche modificando il programma terapeutico prospettato.

Ciò premesso, **dichiaro** di essere stato/a invitato/a a leggere con molta attenzione quanto riportato in questo scritto che corrisponde, peraltro, a quanto ampiamente spiegatomi oralmente. **Dichiaro**, altresì, di avere ben compreso il significato di quanto mi è stato esposto e di non avere ulteriori chiarimenti da avanzare oltre a quelli che mi sono stati già forniti.

Quindi, consapevolmente **Accosento** **Non accosento** al trattamento chirurgico propostomi, che verrà praticato dall'equipe di questa Unità.

Autorizzo **Non autorizzo** inoltre i sanitari curanti, ove durante l'intervento endoscopico evidenziasse altre patologie non precedentemente diagnosticate, a provvedere, secondo scienza e coscienza, alla cura di tali patologie, anche modificando il programma terapeutico prospettato e preventivamente concordato.

Autorizzo **Non autorizzo** l'utilizzo dei prelievi cito-istologici effettuati durante il trattamento, al fine di formulare la diagnosi, ma anche per procedure finalizzate al miglioramento delle conoscenze in campo scientifico.

Accosento **Non accosento** che nel corso di procedure diagnostiche e/o terapeutiche vengano eseguite riprese filmate e/o fotografiche e che queste vengano utilizzate in ambito medico per migliorare le conoscenze scientifiche, nel completo riserbo della mia privacy.

Data _____

Firma del Medico

Firma del/della paziente

Firma del testimone

