

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

Per ridurre al minimo i rischi di complicanze, la invitiamo a rispondere alle seguenti domande:

1. sospetto clinico/diagnostico (obbligatorio) Motivo dell'esame

2. Note anamnestiche: **immettere il testo.**

3. Medico inviante: ha effettuato Precedenti esami

4. è affetto da malattie del sangue o ha tendenza al sanguinamento eccessivo (es. frequente ed abbondante sanguinamento dal naso, tendenza ad avere ematomi, etc ...)? SI NO
 Se sì: specificare quale:


5. assume terapia anticoagulante (Coumadin, Sintrom, Pradaxa, Eparina, etc.) o antiaggreganti piastrinici (Cardioaspirina, Cardirene, Ascriptin, Ticlopidina, Plavix, etc.)? SI NO
 Se sì: specificare quale farmaco: da quanti giorni l'ha sospeso?

6. è portatore di pacemaker (elettro stimolatore cardiaco) o di altro dispositivo impiantabile? SI NO

7. è affetto da cardiopatia che richiede profilassi antibiotica (vizi e protesi valvolari, pregresse endocarditi)? SI NO
 Se sì: ha effettuato la profilassi antibiotica prevista e quando?:

8. se è una donna in età fertile è, È in stato di gravidanza accertata o presunta? NON SO NO SI

9. Eventuali allergie? NON SO NO SI
 se sì, a cosa?

 A.G.I. Medica Endoscopia Digestiva Viale Toselli 94/F 53100 Siena	Mod ENDO-06 Questionario anamnestico e Consenso informato	
	Rev. 00 Data 05/2025	Pag. 2 di 2
	Data applicazione 01/06/2025	

CONSENSO INFORMATO

Il/la Sottoscritto/a Nato/a il C.F. dichiara di:

- aver preso visione del “modulo informativo”;
- aver avuto la possibilità di porre domande al medico Endoscopista e di aver avuto risposte soddisfacenti;
- aver ricevuto informazioni chiare, sufficienti e da me comprensibili;
- aver compreso quindi le motivazioni, gli scopi e i benefici della Endoscopia digestiva proposta, le modalità di esecuzione, nonché le possibili complicanze, esacerbate da complessità anatomica e comorbidità e le eventuali alternative possibili;
- aver avuto il tempo necessario per riflettere prima di sottopormi o meno all’Endoscopia digestiva proposta;
- di aver ricevuto informazione circa i costi della procedura;
- non aver avuto nessuna coercizione indebita nella richiesta del consenso.
Sono inoltre consapevole che:
- ho il diritto di ritirare il mio consenso in qualsiasi momento, senza fornire alcuna spiegazione;
- la non esecuzione della manovra endoscopica propositami può determinare una maggiore difficoltà nel percorso diagnostico-terapeutico ed una possibile evoluzione della malattia/quadro clinico.
- Astenersi dalla guida per il resto della giornata e di prendere decisioni importanti, firmare documenti, svolgere attività potenzialmente pericolose, nelle 24 ore successive alla sedo-analgesia.

PERTANTO

- Dichiaro di acconsentire liberamente e consapevolmente ad essere sottoposto a Gastroscopia. Colonscopia
- Dichiaro di acconsentire liberamente e consapevolmente all’esecuzione di eventuali manovre operative o complementari (biopsia, emostasi,) che si rendano necessarie a giudizio dell’operatore.
- Dichiaro di NON acconsentire, consapevole delle possibili conseguenze, ad essere sottoposto all’endoscopia digestiva proposta.
- Dichiaro di NON acconsentire, consapevole delle possibili conseguenze, all’esecuzione di eventuali manovre operative o complementari (biopsia, emostasi) che si rendano necessarie a giudizio dell’operatore.

Autorizzo l’operatore all’esecuzione di eventuali procedure addizionali ritenute opportune dall’operatore durante l’esecuzione dell’esame

AUTORIZZO NON AUTORIZZO

Acconsento a essere sottoposto a sedazione/analgesia finalizzata a ridurre il dolore/fastidio e a facilitare l’esecuzione dell’esame.

AUTORIZZO NON AUTORIZZO

Data: 14/05/2025

Firma del paziente ()**

Firma del Medico

(**) in caso di paziente minorenne, è necessaria la firma di un genitore, o di chi ne fa le veci