

## **CONSENSO INFORMATO ALLA SEDAZIONE FARMACOLOGICA IN CORSO DI ESAMI ENDOSCOPICI**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

dichiara di essere stato informato dal Dr. \_\_\_\_\_, in modo chiaro e comprensibile sui rischi connessi con la sedazione farmacologica.

In particolare sono stato informato del fatto che:

- Per la sedazione cosciente si utilizzano farmaci iniettati in vena appartenenti alla classe delle Benzodiazepine e/o degli oppiacei.
- Come qualunque altro farmaco, tali farmaci possono provocare effetti collaterali:
  1. A livello cardiorespiratorio: depressione respiratoria, apnea prolungata, arresto respiratorio e/o cardiaco, in particolare in pazienti anziani o in pazienti già affetti da disturbi respiratori. Solo molto raramente questi problemi possono risultare **a volte fatali**. Sono più frequenti disturbi meno gravi e transitori come:
    - alterazione dei valori pressori sanguigni e della frequenza cardiaca
    - riduzione della frequenza respiratoria. In questi casi la respirazione si normalizza rapidamente e spontaneamente
  2. Occasionalmente (>1%): singhiozzo, nausea, vomito, cefalea, tosse, sintomi locali nella sede di iniezione quali arrossamento, indurimento
  3. Raramente (< 1%):
    - reazioni allergiche di gravità variabile in pazienti predisposti e/o che hanno avuto reazioni allergiche in passato in corso di somministrazione degli stessi farmaci.
    - laringospasmo, broncospasmo, dispnea (respirazione faticosa),
    - sapore acido in bocca, alterazioni della salivazione, vomito
    - euforia, confusione, aggressività, nervosismo, ansietà, senso di ubriachezza, agitazione, allucinazioni, disturbi del sonno, capogiri, malumore, annebbiamento della vista, visione doppia, perdita dell'equilibrio, disorientamento.
  4. Raramente possono verificarsi lesioni dei denti e/o del cavo orale.

Sono stato informato anche del fatto che durante la sedazione potrà essere usato un farmaco acquistato all'estero, il deidrobenzoperidolo, che è indicato per la prevenzione della nausea e del vomito nei soggetti predisposti.

**So bene che dopo la sedazione non dovrò guidare o azionare autoveicoli, motoveicoli o qualunque altro macchinario pericoloso per almeno 12 ore.**

Il sottoscritto dichiara di avere letto attentamente e di avere ricevuto adeguate spiegazioni quanto esposto nelle informazioni relative all'uso della sedazione pertanto esprime il proprio consenso, consapevole e cosciente, ed autorizza i sanitari a procedere alla SEDAZIONE in corso di ESAME ENDOSCOPICO.

Data \_\_\_\_\_

Firma dell'utente

Firma del medico