

ECOGRAFIA ENDOSCOPICA DIAGNOSTICA (EUS) ED OPERATIVA (EUS-FNA)

MODULO INFORMATIVO - CONSENSO

L'ecografia endoscopica (ecoendoscopia o EUS) è un esame che consente di eseguire una ecografia ad alta risoluzione (potere di risoluzione di circa 1-2 mm) delle pareti dell'esofago, stomaco, duodeno e del retto. L'ecoendoscopia ha anche la possibilità di indagare, con elevata accuratezza, alcuni organi e distretti strettamente adiacenti al tubo digerente quali il pancreas, le vie biliari, il mediastino, il mesoretto ed i vasi ed i linfonodi degli organi sopramenzionati. L'esame viene effettuato con uno strumento simile a quello utilizzato per l'endoscopia tradizionale: l'ecoendoscopio. Lo strumento nell'estremità distale possiede sia un'ottica endoscopica che una piccola sonda ecografica. Vi sono due tipi di strumenti ecoendoscopici standard comunemente utilizzati per le procedure di Ecoendoscopia: 1) Ecoendoscopi con sonda radiale 360 con cui è possibile eseguire procedure solo diagnostiche e Ecoendoscopi con sonda longitudinale (simile alle normali sonde ecografiche) che permettono l'esecuzione di campionamenti citologici ed istologici di lesioni (EUS-FNA ed EUS-FNB); inoltre sempre con quest'ultimo strumento è possibile eseguire tutte le procedure terapeutiche sotto guida eco-endoscopica. Oltre alle sonde convenzionali sono disponibili, anche se di utilizzo più limitato, mini-sonde ad alta frequenza (20-30MHz) che attraverso il canale operatore dello strumento endoscopico tradizionale, possono trovare applicazione nello studio di lesioni superficiali di parete e nella diagnosi differenziale delle stenosi della via biliare principale.

INDICAZIONI

L'EUS è un esame diagnostico/terapeutico di secondo livello, a volte anche di terzo livello,

prescritto e consigliato dopo l'esecuzione di esami radiologici (ecografia, TC e RM) e/o di endoscopia digestiva tradizionale. In particolare, l'EUS valuta la profondità di infiltrazione della parete e la eventuale diffusione locale della neoplasia in rapporto ai linfonodi, a volte mediante esecuzione di biopsie eco-endoguidate (EUS-FNA/FNB), e ai vasi sanguigni degli organi coinvolti dalla neoplasia. Inoltre essa è in grado di valutare e differenziare le lesioni sottomucose (es. Gastro-Intestinal Stromal Tumor - GIST) da lesioni vascolari o compressioni ab-extrinseco fornendo (attraverso la FNA-FNB) dati sulla loro precisa origine e natura per una corretta decisione terapeutica. L'EUS è inoltre la metodica migliore per la diagnosi delle malattie infiammatorie e neoplastiche del pancreas e delle vie biliari. L'EUS può identificare lesioni di piccole dimensioni (< 2 cm) e può permettere la diagnosi della natura mediante l'esecuzione di un campionamento citologico/istologico.

CONSIGLI PER LA PREPARAZIONE ALL'ESAME

Si raccomanda di osservare il digiuno ai solidi per almeno 6 ore e ai liquidi chiari per almeno 2 ore precedenti l'esame endoscopico. Nell'ecoendoscopia del tratto digestivo inferiore (retto e sigma distale) sarà necessaria una preparazione con lavaggio intestinale (secondo le indicazioni fornite dal Centro). Nel caso in cui il paziente assuma **farmaci anticoagulanti e/o antiaggreganti**, in previsione dell'esame, potrebbe rendersi necessaria la loro sospensione o sostituzione, previo consulto con lo specialista di riferimento. In condizioni cliniche particolari, può

essere necessario l'utilizzo di farmaci che permettano il ripristino di valori adeguati dei test di coagulazione. In previsione di particolari atti endoscopici operativi, sulla scorta dell'anamnesi del paziente, degli esami clinico-strumentali eseguiti in precedenza e dell'esistenza di possibili fattori di rischio, sarà considerata l'opportunità di eseguire test ematici per la valutazione dell'assetto coagulativo. In caso di allergia al lattice, il paziente deve informarne preventivamente e tempestivamente il medico/équipe perché l'esecuzione in sicurezza dell'esame necessita di una terapia desensibilizzante unita ad una particolare preparazione della sala ecoendoscopica atta a ridurre al minimo i rischi di contatto con lattice prima durante e dopo la procedura. In caso di prelievi citologici in organi specifici (meso-retto) ed in particolari patologie (formazioni cistiche) potrà essere consigliata la somministrazione profilattica di un antibiotico.

MODALITÀ DI ESECUZIONE

L'ecoendoscopia del tratto digestivo superiore viene eseguita in Sedo-analgesia procedurale, in Sedazione Profonda o, a volte, in anestesia generale; queste ultime modalità sono di routine in caso di procedure complesse o terapeutiche. L'esame è teoricamente molto simile alla gastroscopia ma necessita di un tempo di esecuzione significativamente maggiore che può variare a seconda del quesito clinico-diagnostico richiesto, a seconda che la procedura sia esclusivamente diagnostica, che sia completata con l'esecuzione di un prelievo citologico/istologico oppure che sia una procedura terapeutica. L'esame viene eseguito, nella maggior parte dei casi, con il paziente in decubito laterale sinistro.

L'ecoendoscopia del tratto digestivo superiore prevede che lo strumento venga introdotto dalla bocca e condotto, sotto visione endoscopica diretta, sino al duodeno passando attraverso l'esofago e lo stomaco. Nei vari distretti, oltre alla possibilità di valutare l'architettura della parete del viscere (spessore e distribuzione delle tonache parietali), è possibile studiare gli organi circostanti: dall'esofago avviene la valutazione del mediastino e delle relative stazioni linfatiche periesofagee; dallo stomaco e dal duodeno vengono esplorati gli organi dell'addome superiore quali il fegato (lobo sx ed ilo), il pancreas, le vie biliari extra epatiche (ilo epatico,coledoco e colecisti), la milza, il rene ed il surrene sx, le strutture vascolari dall'aorta, la vena cava, le arterie sovra-renali ed i vasi del sistema spleno-mesenterico-portale, così come le stazioni linfonodali addominali superiori. Il rene dx ed il surrene dx sono parzialmente visibili e non in tutti i pazienti. L'ecoendoscopia del

tratto digestivo inferiore prevede che lo strumento venga inserito dall'ano e portato attraverso il retto, fino al sigma distale (circa 25 cm dall'ano) per permettere la visualizzazione delle stazioni linfonodali site a livello vascolare profondo (vasi iliaci) importanti per la stadiazione delle neoplasie rettali. Anche in questo caso oltre alla parete del retto sigma l'ecoendoscopia permette la valutazione degli organi peri-rettali (genitali interni maschili e femminili, vescica). L'esame dura dai 15 ai 30 minuti e viene condotto generalmente con il paziente in decubito laterale sinistro, più raramente posto in posizione supina. È importante ricordare anche per le procedure del tratto inferiore che gli esami operativi e/o terapeutici che comportano l'esecuzione di ago biopsie (FNA-FNB) o drenaggio di raccolte, richiedono ovviamente tempi di esecuzione più lunghi.

SEDO-ANALGESIA PROCEDURALE

Durante la procedura sarà leggermente sedato ma in grado di rispondere agli stimoli tattili e verbali. I farmaci utilizzati sono ansiolitici (benzodiazepine) e analgesici (oppioidi di sintesi), somministrati gradualmente per via endovenosa. La procedura viene eseguita sotto costante monitoraggio delle funzioni cardiovascolari del paziente. La sedazione può essere gravata, come qualsiasi atto medico, da rare complicanze quali reazioni allergiche, disturbi cardiovascolari o respiratori che possono essere contrastati con gli antagonisti specifici dei farmaci utilizzati. Nel caso in cui Le siano stati somministrati dei farmaci sedativi non potrà allontanarsi dalla struttura sanitaria, fino alla completa scomparsa degli effetti della sedazione e sarà controindicata la guida di veicoli per il resto della giornata; per tale motivo è indispensabile venire sempre accompagnati da una persona consapevole che abbia cura di lei, è altresì sconsigliato prendere decisioni importanti, firmare documenti, svolgere attività potenzialmente pericolose nelle 24 ore successive alla sedo-analgesia.

PROCEDURE INTEGRATIVE IN CORSO DI ECOENDOSCOPIA

Agoaspirazione sotto guida ecografica (EUS-FNA/FNB)

Consiste nel prelievo di una minima quantità di materiale (tessuto nel caso di lesioni solide, materiale liquido nel caso di lesioni cistiche) che viene eseguito mediante l'utilizzo sotto visione ecoendoscopica, di aghi dedicati. Il preparato viene inviato in Laboratorio Analisi per valutazione dei markers tumorali e della sierologia o in Anatomia Patologica per la valutazione citologica-istologica a seconda della necessità del caso.

COMPLICANZE DELL'ECOENDOSCOPIA DIAGNOSTICA

Le complicanze della EUS diagnostica sono molto rare (perforazione 0.03 - 0.06%; mortalità 0.02%).

Perforazione

È per lo più appannaggio dell'esofago cervicale. La presenza di neoplasia esofagea e in generale di stenosi del viscere sono fattori di rischio indipendenti per la perforazione. La perforazione può avvenire anche in caso di difficoltà del transito attraverso il cardias (ultima parte dell'esofago), il ginocchio duodenale superiore o a livello di ansa digiunale anastomizzata nei pazienti con gastrectomia secondo Billroth II.

Complicanze cardiorespiratorie e circolatorie

Di solito legate alla premedicazione e/o all'ingestione di materiali refluiti; sono rappresentate dal calo di ossigeno nel sangue, arresto respiratorio, infarto miocardico, infarto e shock (<0.9%).

PROCEDURE INTEGRATIVE A FINALITÀ OPERATIVA/TERAPEUTICA CHE POSSONO ESSERE ATTUATE DURANTE L'ECOENDOSCOPIA

L'Ecoendoscopia Terapeutica deve essere eseguita in sedazione o anestesia generale e in regime di ricovero ospedaliero.

Alcoolizzazione/Blocco del Plesso Celiaco sotto guida Ecoendoscopica

È una procedura terapeutica indicata nel trattamento del dolore cronico che a volte si manifesta nei pazienti con neoplasia pancreaticata avanzata o con pancreatite cronica. Consiste nell'iniezione nel plesso celiaco (un insieme dei gangli nervosi posto appena al di sotto del diaframma) di sostanze quali alcool assoluto o antinfiammatori come il cortisone efficaci nel ridurre il dolore. Sotto controllo ecoendoscopico si evidenzia la regione del plesso celiaco e con un ago da Ecoendoscopia si procede all'iniezione.

Drenaggio ecoendoguidato di raccolte peripancreatiche (pseudocisti/necrosi/ascessi) formatesi dopo una pancreatite grave

Drenaggio biliare ecoendoguidato in caso di insuccesso terapeutico con altre metodiche (ercp)

In questo tipo di procedure terapeutiche l'ecoendoscopista si può avvalere anche della radiologia. Sotto controllo ecografico viene evidenziata la raccolta o il dotto biliare da drenare e, sulla base delle

caratteristiche ecografiche, viene decisa la modalità e gli accessori che verranno utilizzati per portare a compimento la procedura. Verrà creato un tramite fistoloso che metterà in comunicazione la raccolta o il dotto biliare, con la cavità gastrica o duodenale. Tale orifizio, a seconda del tipo di trattamento stabilito, verrà allargato con dilatatori e quindi sotto controllo endoscopico e radiologico, verranno posizionate una o più protesi di materiale plastico, oppure protesi in metallo, per tenere aperta la comunicazione tra la raccolta, il dotto biliare, ed il tratto digerente. In caso di raccolte a contenuto necrotico-ascessuale, il contenuto viene rimosso dall'ecoendoscopista con svariati accessori (anse a retina, dormia, anse polipectomia etc..) sia durante la prima seduta che nelle sedute di trattamento successive.

COMPLICANZE DELL'ECOENDOSCOPIA OPERATIVA/TERAPEUTICA

EUS operativa (EUS-FNA/FNB)

Le complicanze sono sovrapponibili a quella diagnostica per quanto riguarda le perforazioni. In caso di ago-aspirato si può verificare una emorragia dalla sede della biopsia (0 - 0.5%), solitamente, nel contesto della parete intestinale nel caso di lesioni solide (1.3-2.6%) o intraluminale nel caso di lesioni cistiche pancreatiche (4-6%). Tali sanguinamenti hanno evoluzione solitamente favorevole autolimitandosi spontaneamente senza dovere ricorrere, se non in rari casi, a trasfusioni di sangue.

La pancreatite acuta

La pancreatite acuta (0.26-2%) è complicanza associata alla FNA/FNB del pancreas (lesioni solide o cistiche), normalmente di tipo edematoso e solo in rari casi con evoluzione necrotico-emorragica. Un sanguinamento clinicamente significativo è invece stato descritto in alcune procedure di drenaggio ecoendoscopico di lesioni pseudocistiche del pancreas (3%).

Infezioni

Infezioni asintomatiche (0-6%) e più raramente febbrili (0.4-1%).

Per la parte operativa la mortalità è correlata alle complicanze.

COSA SUCCEDE DOPO L'ECOENDOSCOPIA

Una terapia con antibiotici viene iniziata durante la procedura ecoendoscopica e prolungata per lo meno nei 4 giorni successivi, nel caso in cui il paziente venga sottoposto ad una procedura di agoaspirazione (cisti pancreatiche, lesioni peri-

rettali) o drenaggio EUS-guidato di raccolte (pancreatiche o mediastiniche o peri-rettali). Dopo la procedura endoscopica il paziente potrebbe lamentare mal di gola o gonfiore addominale a causa dell'aria e dell'acqua che vengono introdotte durante l'esame. Potrà regolarmente mangiare dopo qualche ora dalla procedura (è preferibile attendere almeno 6 ore per le procedure terapeutiche; bastano 2 ore per quelle diagnostiche). Sintomi d'allarme sono: dolore con tensione addominale, sudorazione con ipotensione, comparsa di febbre, sanguinamento con emissione di sangue rosso vivo o scuro, alvo chiuso a feci e gas. In tal caso è consigliabile recarsi in Pronto Soccorso, possibilmente nella stessa struttura in cui è stata eseguita la procedura.

QUALI SONO LE ALTERNATIVE ALLA ECOENDOSCOPIA

L'EUS è una metodica diagnostica di secondo, terzo livello, la cui esecuzione è indicata quando le altre metodiche radiologiche di "imaging" non invasive (ecografia trans addominale-US, Tomografia Assiale Computerizzata - TAC o Risonanza Magnetica Nucleare - RMN) non sono state in grado di dirimere il dubbio diagnostico. Per la stadiazione dei tumori la EUS è considerata complementare ad altre tecniche diagnostiche, in particolare alla TAC multistrato con mezzo di contrasto ed alla RMN, ma rispetto a quest'ultime è spesso in grado di fornire ulteriori informazioni con accuratezza diagnostica elevata sì da condizionare l'iter terapeutico; ed è, per tale motivo, considerata indispensabile nella gestione del paziente oncologico.

COME SI DISINFETTANO/STERILIZZANO GLI STRUMENTI

Al fine di garantire una prestazione sicura e libera da rischio infettivo per l'utente e per gli operatori sanitari, i dispositivi medici riutilizzabili (endoscopi e accessori pluriuso) sono decontaminati (superfici esterne e canali interni) immediatamente dopo ogni procedura con detergenti proteolitici, per rimuovere ogni materiale organico potenzialmente contaminante. A seguire, il materiale considerato semicritico (come l'endoscopia) è sottoposto a un ciclo di disinfezione di alto livello in specifiche lava endoscopi. Al termine del ciclo di disinfezione gli endoscopi vengono asciugati e, se non utilizzati subito, sono riposti in appositi armadi ventilati ad alte temperature per proteggerli da possibili fonti di contaminazione.

Gli accessori riutilizzabili (oggi di raro impiego), poiché sono considerati strumenti critici, vengono sottoposti regolarmente ad accurata decon-

taminazione e ad un successivo processo di sterilizzazione.

Il report del programma di reprocessing degli strumenti e di tutti gli accessori utilizzati viene informatizzato, memorizzato e riportato in calce al referto.

NOTA SUL MONOUSO: Gli accessori monouso vengono smaltiti, dopo l'impiego, secondo la normativa di legge vigente. A tutela della sicurezza degli utenti non è previsto il loro recupero e riutilizzo.

Bibliografia

1. Legge 22 dicembre 2017, n. 219 Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento. (GU n.12 del 16-1-2018).
2. Informed consent for GI endoscopy. Standards of Practice Committee, Zuckerman MJ, Shen B, Harrison ME 3rd, Baron TH, Adler DG, Davila RE, Gan SI, Lichtenstein DR, Qureshi WA, Rajan E, Fanelli RD, Van Guilder T. *Gastrointest Endosc.* 2007 Aug;66(2):213-8.
3. Combined written and oral information prior to gastrointestinal endoscopy compared with oral information alone: a randomized trial. Felley C, Perneger TV, Goulet I, Rouillard C, Azar-Pey N, Dorta G, Hadengue A, Frossard JL. *BMC Gastroenterol.* 2008 Jun 3;8:22.
4. Linee Guida sulla sedazione in Endoscopia Digestiva SIED 2006.
5. Learning, techniques, and complications of endoscopic ultrasound (EUS)-guided sampling in gastroenterology: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Technical Guideline Endoscopy 2012.
6. Technical aspects of endoscopic ultrasound (EUS)-guided sampling in gastroenterology: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Technical Guideline. *Endoscopy* 2017; 49: 989-1006.
7. Endoscopic biliary stenting: indications, choice of stents and results: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) clinical Guideline.
- Updated October 2017. *Endoscopy* 2018; 50:910-930.
8. Endoscopic management of acute necrotizing pancreatitis: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) evidence-based multidisciplinary guideline. *Endoscopy* 2018; 50: 524-546.
9. Performance measures for ERCP and endoscopic ultrasound: a European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Quality Improvement Initiative. *Endoscopy* 2018; 50: 1116-1127.

GESTIONE DELLA TERAPIA ANTICOAGULANTE ED ANTIAGGREGANTE PER ESAMI ENDOSCOPICI

In seguito troverà alcune indicazioni sulla sospensione della terapia anticoagulante/antiaggregante che dovrà valutare insieme al suo Medico Curante, al Cardiologo o al Medico che le ha prescritto l'esame endoscopico. Le indicazioni riportate seguono le più recenti linee guida internazionali e variano a seconda del tipo di esame che eseguirà e della patologia per la quale assume la terapia.

TERAPIA ANTICOAGULANTE ORALE (Coumadin®, Sintrom®)

Sospendere 5 giorni prima dell'esame ed eseguire controllo INR che per consentire l'esame endoscopico dovrà essere < 1.5.

La terapia eparinica sostitutiva **è indicata** nei pazienti affetti da patologie ad alto rischio Trombotico quali:

- protesi valvolare metallica mitralica/aortica;
- protesi valvolare cardiaca e fibrillazione atriale;
- fibrillazione atriale e stenosi mitralica;
- fibrillazione atriale e ictus/TIA insorto da meno di 3 mesi;
- fibrillazione atriale e storia di ictus/TIA in paziente con scompenso cardiaco, ipertensione arteriosa, diabete mellito, età > 75 anni, meno di 3 mesi dopo trombosi venosa profonda.

Tale terapia dovrà essere iniziata 2 giorni dopo la sospensione della terapia anticoagulante orale con l'ultima dose di eparina consentita 24 ore prima della procedura endoscopica.

La terapia eparinica sostitutiva **non è indicata** nei pazienti affetti da patologie a basso rischio Trombotico quali:

- fibrillazione atriale senza difetto valvolare;
- protesi valvolare biologica;
- trascorsi più di 3 mesi dopo trombosi venosa profonda;
- sindromi trombofiliche.

TERAPIA CON ANTICOAGULANTI DI NUOVA GENERAZIONE "DOACs": dabigatran (Pradaxa®), rivaroxaban (Xarelto®), apixaban (Eliquis®), edoxaban (Lixiana®).

La terapia dovrà essere sospesa 1 giorno prima dell'esame se si tratta di endoscopia diagnostica (gastroscopia/colonscopia con biopsie). In caso di procedure operative (polipectomia, ERCP, dilatazione stenosi, legatura varici esofagee, PEG, EUS con FNA, posizionamento endoprotesi esofagea, enterale o colica) la terapia andrà sospesa 2 giorni prima dell'esame. Per dabigatran in pazienti con eGFR 30-50 ml/min, assumere l'ultima dose di farmaco 5 giorni prima della procedura endoscopica.

Non vi è indicazione ad eseguire una terapia profilattica con eparina.

TERAPIA ANTIAGGREGANTE PIASTRINICA

- Acido acetilsalicilico (Aspirina®, Aspirinetta®, Cardioaspirin®, Cardirene®, Ascriptin®): la terapia **non** va sospesa, tranne quando indicato dal medico endoscopista che eseguirà la procedura (ad esempio asportazione di polipi di grandi dimensioni); in questo caso la terapia va sospesa 5 giorni prima dell'esame.
- Ticlopidina (Tiklid®), Clopidogrel (Plavix®), Prasugrel (Efient®), Ticagrelor (Brilique®): la terapia **va sospesa 7 giorni prima** dell'esame endoscopico.
- Doppia antiaggregazione (Acido acetilsalicilico + Clopidogrel/ Prasugrel/ Ticagrelor) indicata nei pazienti portatori di stent coronarici.

Tale terapia va sospesa previo consulto con il Cardiologo. Valutare la sospensione temporanea di clopidogrel, prasugrel o ticagrelor 7 giorni prima dell'endoscopia dopo 6 - 12 mesi dall'impianto di stent coronarico medicato o più di 1 mese dall'impianto di stent coronarico non medicato, continuando la terapia con aspirina.

Per le procedure operative attenersi alle indicazioni del medico endoscopista che eseguirà la procedura.

SCHEMA

Farmaco	Sospensione	Terapia sostitutiva
Anticoagulante (Coumadin®, Sintrom®)	5 giorni prima dell'esame endoscopico	Terapia eparinica se patologia ad altro rischio trombotico; ultima dose 24 ore prima dell'esame.
Anticoagulanti di nuova generazione "DOACs" (Xarelto®, Eliquis®, Pradaxa® Lixiana®)	1- 2 giorni prima dell'esame endoscopico (in base al tipo di procedura) 4 giorni prima se insufficienza renale	Non vi è indicazione ad eseguire una terapia sostitutiva con eparina
Antiaggregante: Acido acetilsalicilico (Aspirina®, Aspirinetta®, Cardioaspirin®, Cardirene®, Ascriptin®)	No Solo per procedure operative, su indicazione dell'endoscopista, sospendere 5 giorni prima dell'esame	No
Antiaggregante: Ticlopidina (Tiklid®) Clopidogrel (Plavix®) Prasugrel (Efient®) Ticagrelor (Brilique®)	7 giorni prima della procedura endoscopica	No
Doppia antiaggregazione: Acido acetilsalicilico + Clopidogrel/Prasugrel/Ticagrelor	Valutazione con il cardiologo la sospensione di Clopidogrel/Prasugrel/Ticagrelor 7 giorni prima della procedura e continuare aspirina	No

La terapia anticoagulante ed antiaggregante sarà ripresa seguendo le indicazioni del medico endoscopista che ha eseguito l'esame dopo valutazione del rischio emorragico della procedura e del rischio trombotico della patologia del paziente.

Bibliografia: Endoscopy in patients on antiplatelet or anticoagulant therapy BSG and ESGE guideline update. Veitch A et al, Endoscopy 2021.

RACCOMANDAZIONI

In caso di **sedazione**, nelle 24 ore successive è controindicato guidare ogni tipo di veicolo ed eseguire attività che comportino prontezza di riflessi. **È indispensabile quindi giungere al servizio accompagnati**. Nel caso contrario non sarà possibile effettuare la sedazione o sarà necessario posticipare l'esame alla prima data disponibile.

A seguito di esame endoscopico, il paziente sarà escluso per un periodo generalmente indicato di 4 mesi da una eventuale **donazione di sangue**.

In caso di **accertata e documentata allergia al lattice** si raccomanda di farne segnalazione al personale di segreteria al momento della prenotazione dell'esame.

COSA È NECESSARIO PORTARE?

1. Tessera sanitaria.
2. Impegnativa del Medico curante con riportato l'esame da eseguire e la prescrizione di **sedazione cosciente**.
3. Consenso informato compilato in tutte le sue parti.
4. Esito di esami di laboratorio eseguiti di recente in altra sede.
5. Eventuali lettere di dimissioni recenti, referti di visite specialistiche e di esami strumentali eseguiti in altra sede (esami endoscopici, radiografie).
6. In caso di Ecoendoscopia del retto portare un paio di calze e una maglietta non indossate.

Preparazione all'Ecografia Endoscopica diagnostica e/o operativa

Ecoendoscopia esofago, stomaco, duodeno: se il suo appuntamento è fissato al mattino è necessario presentarsi a digiuno dalla mezzanotte. Se il suo appuntamento è fissato al pomeriggio (dopo le ore 14.00) è possibile fare una colazione leggera (thè con biscotti) e quindi rispettare il digiuno sino al momento dell'esame.

Ecoendoscopia retto-sigma: se il suo appuntamento è fissato al mattino la preparazione va eseguita nel seguente modo: al mattino presto (verso le ore 7.30) va fatto un primo clisterino, il secondo clisterino va fatto circa un'ora dopo. Se il suo appuntamento è fissato al pomeriggio (dopo le ore 14.00) la preparazione va eseguita nel seguente modo: nella tarda mattinata (verso le ore 12.00) va fatto un primo clisterino, il secondo clisterino va fatto circa un'ora dopo. Presentarsi a digiuno da almeno 6 ore.

**MODULO DA
COMPILARE E STACCARRE**

SERVIZIO DI ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Modulo richiesta Ecografia endoscopica e/o operativa

Io/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____
Luogo di nascita _____ Codice Fiscale _____
Comune di residenza _____ C.A.P. _____ Provincia _____
Via _____ N. _____
Recapito telefonico _____
Reparto richiedente _____ ☐ Ricoverato ☐ DH ☐ Esterno

ESAME RICHIESTO

EUS: ☐ Esofago ☐ Stomaco ☐ Pancreas/VB ☐ Retto ☐ Mediastino-Polmone
Operativa (FNA-FNI): ☐ Sì ☐ NO Presenza di stenosi: ☐ Sì ☐ NO
Tipo di sedazione: ☐ Sedazione vigile
☐ Sedazione profonda con assistenza anestesiológica (in regime di ricovero)

Istologia/citologia nota: _____

Indicazioni: ☐ Diagnosi ☐ Stadiazione ☐ Ristadiazione ☐ Follow-up

NOTIZIE CLINICHE: _____

FATTORI DI RISCHIO: ☐ Ins. renale ☐ Ins. cardiaca ☐ Ins. respiratoria ☐ Cirrosi ☐ Infettività ☐ Altro
Sono richiesti dosaggi? ☐ CEA ☐ CA 19.9 ☐ CA 125 ☐ CA 15.3 ☐ CA 72.4 ☐ Cromogranina ☐ ICH
☐ Altro _____

Medico richiedente _____

Firma _____ Tel. _____ Fax _____

Notizie anamnestiche

Dichiaro quanto segue:

di assumere i seguenti farmaci: _____

Di assumere farmaci che alterano la coagulazione del sangue
(es. Aspirina, Ticlopidina, Coumadin, Sintrom, Eparina, Plavix, ...)

☐ No ☐ Sì Quali: _____

da quanti giorni li ha sospesi? _____

Di avere allergie

☐ No ☐ Sì Quali: _____

Di essere portatore di pacemaker cardiaco

☐ No ☐ Sì

Di essere portatore di defibrillatore

☐ No ☐ Sì

Di essere affetto da glaucoma

☐ No ☐ Sì

Di essere affetto da diabete

☐ No ☐ Sì

Di avere familiarità per neoplasie gastro-intestinali

☐ No ☐ Sì Grado di parentela: _____

Di aver subito interventi chirurgici addominali

☐ No ☐ Sì Quali: _____

Di essere portatore di protesi valvolari biologiche/meccaniche

☐ No ☐ Sì Qualora abbia risposto Sì, è necessario che esegua a domicilio la profilassi antibiotica prima dell'esame.

Stato di gravidanza

☐ No ☐ Sì

 Firma per presa visione dell'informativa e conferma dei dati (triage covid e notizie anamnestiche) _____

Negrar di Valpolicella, _____



SERVIZIO DI ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Dichiarazione di informazione

Etichetta Paziente

Io sottoscritto _____

dichiaro di essere stato informato dal Dott./Prof. _____

in modo chiaro, comprensibile ed esaustivo, con adeguato anticipo, mediante colloquio e consegna di materiale informativo, sulla natura e sullo stato dell'attuale quadro clinico, nonché sulla conseguente indicazione ad eseguire

ECOGRAFIA ENDOSCOPICA DIAGNOSTICA (EUS) ED OPERATIVA (EUS-FNA)

In relazione alla specifica procedura/e propostami sono state fornite ulteriori informazioni tra cui quelle contenute nell'opuscolo informativo allegato, del quale mi è stata anche consegnata copia e che è parte integrante del presente documento di consenso.

Dichiaro, in particolare, di essere stato informato riguardo a:

- assoluta necessità del digiuno (**almeno 6 ore per i solidi e 2 ore per i liquidi**);
- adempimenti preliminari, modalità di svolgimento, tempi della procedura;
- tipologia e organizzazione della struttura sanitaria, con eventuale collaborazione/partecipazione attiva di personale in formazione, con l'assistenza di tutor, e/o di specialisti già formati, eventuali carenze della stessa (assenza di rianimazione e terapia intensiva, emodinamica, centro trasfusionale, altro...) e carenze/inefficienze di tipo transitorio (_____);
- indicazione, in caso di necessità, a praticarmi trasfusione di sangue o emoderivati;
- eventuale necessità di metodiche integrative (radiologiche, radiologiche interventistiche, chirurgiche, altro _____) conseguenti al mancato completamento/insuccesso della procedura propostami;
- possibile evoluzione della malattia/quadro clinico in caso di rifiuto della procedura;
- in ordine alle complicanze, mortalità e principi di tecnica, mi è stata fornita ampia e specifica informazione, nonché consegnato l'opuscolo allegato che tale informazione riassume ed illustra. Mi è stato anche spiegato che le percentuali riportate aumentano in relazione a particolare complessità anatomica o a situazioni cliniche particolarmente critiche

ADESIONE ALLA PROCEDURA

ACCETTO DI ESSERE SOTTOPOSTO ALLA PROCEDURA PROPOSTA
COMPRESA OGNI MANOVRA CONNESSA E COMPLEMENTARE

☒ **Acconsento**

Firma del paziente _____

Firma dell'esercente la patria potestà o del tutore _____

Firma dell'eventuale testimone _____

Firma dell'interprete/delegato (il quale attesta di aver ricevuto tutte le informazioni di cui sopra e di averle trasmesse al paziente) _____

SEDAZIONE

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

Sono consapevole che è **obbligatorio astenersi per 24 ore** dalla guida di ogni tipo di veicolo, da attività che richiedano particolare attenzione e da decisioni di valenza legale.

☒ **Acconsento**

Firma _____

☐ Non Acconsento Firma _____

Dichiarazione del Medico

Io sottoscritto Dott./Prof. _____ do atto, contestualmente alla firma del paziente, che lo stesso mostra di avere compreso tutto quanto sopra esposto, dopo adeguata informazione e lettura dell'opuscolo integrativo.

Firma del Medico che ha informato il paziente _____

Data _____

RIFIUTO CONSAPEVOLE

Avendo compreso contenuti e finalità delle informazioni fornite, non acconsento a sottopormi alla procedura proposta,

Firma del paziente _____ Data _____

ALTERNATIVE - RINUNCIA ALL'INFORMAZIONE/DELEGA A TERZI

☐ Dichiaro, ai fini dell'acquisizione del consenso, di aver espresso piena fiducia nelle scelte e nell'operato dei sanitari, e di aver quindi rinunciato consapevolmente a qualsiasi informazione proposta dai medesimi.

Firma _____ Data _____

☐ Delego il Sig. _____ (che sottoscrive per accettazione) a raccogliere le informazioni dei sanitari a seguito delle quali mi riservo di esprimere/negare il consenso alle informazioni proposte.

Firma _____ Delegato _____

REVOCA DEL CONSENSO IN CORSO D'ESAME

Firma _____ Data _____

Il sottoscritto acconsente, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 e nel rispetto del D.Lgs. 196/2003 e delle loro ss. mm. ii., al trattamento dei propri dati personali per finalità di tutela della salute.