

Questionario e consenso informato per le procedure di gastroenterologia

(Firmare e datare al più tardi il giorno precedente l'esame. Portarlo con sé il giorno dell'esame)

Nome: _____ Cognome: _____

Data di nascita: _____ Peso corporeo: _____

Domande sui medicinali, allergie, malattie concomitanti, tendenza al sanguinamento

Se dovesse assumere farmaci per rendere più fluido il sangue come anticoagulanti oppure antiaggreganti piastrinici (vedasi la domanda 1 per il dettaglio), la preghiamo di **discutere con il suo medico curante la possibilità di sospenderli** almeno 5 giorni prima dell'esame. In caso di difficoltà nel rispondere alle seguenti domande, la invitiamo a farsi aiutare dal suo medico curante o dal medico di reparto.

| | Sì | No |
|--|----|----|
| 1. Assume regolarmente farmaci anticoagulanti per rendere più fluido il sangue (p. es. Sintrom, Marcumar o Xarelto) oppure ha assunto negli ultimi 5 giorni Aspirina, Alcacyl, Tiatral, Plavix, Clopidogrel, Brilique, ecc. oppure medicamenti contro l'influenza, antidolorifici o antireumatici ? Se sì, quali? | | |
| 2. È nota da lei un'elevata tendenza al sanguinamento (p. es. frequentemente dal naso, in caso di piccole ferite, dopo un trattamento dentario)? | | |
| 3. Soffre di allergie (a medicinali, lattice, anestetici locali, cerotti)? Se sì, quali? | | |
| 4. Soffre di difetti alle valvole cardiache, di problemi cardiaci o polmonari ? È in possesso di un cartellino per la profilassi dell'endocardite (cartellino arancione)? | | |
| 5. È portatore di un pace-maker / defibrillatore o di una protesi articolare metallica ? | | |
| 6. Soffre di problemi renali (insufficienza renale) ? | | |
| 7. È diabetico/a ? | | |
| 8. Per le signore: è incinta oppure esiste la possibilità che vi sia una gravidanza in corso? | | |
| 9. Ha denti instabili , una protesi dentaria o una malattia dei denti/gengive ? | | |



Procedura di gastroenterologia prevista

- Gastrosopia
- Colonscopia
- _____

Il/la sottoscritto/a conferma di aver compilato il questionario in maniera veritiera e corretta, di aver letto l'opuscolo informativo e di essere stato/a informato/a durante il colloquio dal medico curante o dal medico di reparto sul motivo (indicazione), sulle modalità dell'esame/intervento e sui rischi ad esso correlati in modo chiaro, comprensibile e completo.

Ho ottenuto risposte esaurienti alle domande che ho posto.

Sono d'accordo di sottopormi alla procedura proposta,
che avverrà sotto sedazione:

SI

NO

Luogo e data: _____

Firma paziente: _____
o rappresentante legale / terapeutico

Luogo e data: _____

Firma medico: _____