

INFORMATIVA Colonscopia

Che cos'è la colonscopia

Consiste nell'introduzione di una sonda flessibile (colonscopio) attraverso l'orifizio anale per esplorare e visualizzare la mucosa del retto e del colon, in precedenza opportunamente pulito per mezzo di una adeguata preparazione intestinale. In base alle indicazioni la colonscopia può essere condotta per esplorare il grosso intestino solo parzialmente (es.: rettoscopia, rettosigmoidoscopia, ecc.) o fino a visualizzare il fondo cecale (colonscopia totale o pancolonscopia). Nel corso dell'esame, qualora vi sia indicazione, è possibile esplorare anche l'ileo terminale, attraverso la valvola ileo-cecale, possono essere prelevati piccoli frammenti di mucosa (biopsie) per esame istologico e si possono effettuare procedure aggiuntive, diagnostiche o terapeutiche.

Come si esegue la colonscopia

L'esame viene eseguito con un colonscopio, dotato in punta di una sorgente luminosa e di una piccola telecamera che invia le immagini ad un processore e quindi ad uno schermo.

Dopo aver acquisito il consenso del paziente, generalmente si posiziona un accesso venoso periferico e si monitorizzano la frequenza cardiaca, la saturazione d'ossigeno del sangue e la pressione arteriosa.

A seconda del giudizio del medico operatore, e in accordo con il paziente, può essere eseguita una sedazione mediante somministrazione di un sedativo/analgesico endovenoso. In questo caso eventuali protesi dentarie mobili dovranno essere rimosse prima dell'esame.

L'esame viene eseguito preferibilmente sul fianco sinistro, ma nel corso della procedura può essere necessario cambiare posizione e possono essere effettuate manovre di compressione manuale dell'addome, per facilitare la progressione dell'endoscopio.

Durante l'esame:

- si insuffla aria in quantità adeguata a distendere le pareti degli organi da esaminare e facilitarne la visione; questo può causare al paziente una sensazione di distensione addominale che non deve allarmare, in quanto assolutamente transitoria.
- L'esame dura in media da 15 a 30 minuti, ma tale tempo può diminuire o aumentare in funzione del grado di difficoltà alla progressione dell'endoscopio lungo il colon e della pulizia del colon stesso. Il superamento di alcune curve può provocare temporaneamente modico dolore, talora più intenso in caso di particolare lunghezza e/o tortuosità del viscere o in presenza di aderenze da precedenti interventi chirurgici o trattamenti radioterapici.
- saranno monitorate, frequenza cardiaca, saturazione di ossigeno e, se necessario, attività elettrocardiografica.

La preparazione alla colonscopia

La buona riuscita della colonscopia dipende molto dalla corretta pulizia del viscere.

È indispensabile, pertanto, che il paziente aderisca a tutte le norme indicate dal Centro di endoscopia, riportato nel foglio di preparazione all'esame.

È dimostrato che un'incompleta pulizia intestinale aumenta il rischio di non visualizzare lesioni durante la colonscopia. Tale rischio comunque non si azzera anche in presenza di un'adeguata pulizia intestinale in corso di una colonscopia di qualità. Infatti fino al 20% delle lesioni, specie di piccole dimensioni, si potrebbero non visualizzare.

Nel colloquio precedente l'esame è indispensabile che il medico venga informato di eventuali malattie e/o allergie di cui il paziente soffre, se il paziente assume farmaci e se è portatore di pacemaker o di altra apparecchiatura impiantabile che possa interferire con strumenti elettromedicali.

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 rendersi necessario l'utilizzo di farmaci che permettano il ripristino di valori adeguati dei test di coagulazione.

Nel caso di allergia al lattice si renderà necessario uno specifico allestimento della sala di endoscopia e l'utilizzo di materiali particolari.

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.

Procedure integrative a finalità diagnostica che possono essere attuate durante la colonscopia

- **Biopsie.** In corso di colonscopia è possibile eseguire, se necessario, prelievi per l'esame istologico (piccoli campioni di tessuto prelevati con una specifica pinza) o prelievi citologici (campioni cellulari acquisiti con un particolare spazzolino). Oltre ad aiutare nella distinzione tra lesioni benigne e maligne, le biopsie sono utili per evidenziare la presenza di condizioni o lesioni pre-cancerose del colon.

Complicanze della Colonscopia Diagnostica

La colonscopia, sia diagnostica, sia terapeutica, è generalmente sicura. Complicanze clinicamente significative in corso di una colonscopia diagnostica sono rare (generalmente inferiori allo 0.1-0.6%) ed il tasso di mortalità è inferiore allo 0.007%.

Le principali complicanze di una colonscopia diagnostica sono rappresentate da:

- **Complicanze cardio-respiratorie e circolatorie:** sono estremamente rare (0,9%), per lo più legate alla premedicazione e sono rappresentate da desaturazione, enfisema sottocutaneo, arresto respiratorio, infarto miocardico, e shock.
- **Infezioni:** dopo la colonscopia, con o senza biopsie si può manifestare una transitoria immissione di batteri nel sangue (batteriemia). Ciò avviene approssimativamente nel 4% delle procedure con una percentuale che va dallo 0% al 25%. Segni o sintomi di infezioni sono rari. Pertanto, per i pazienti che si sottopongono a colonscopia, non è raccomandata una profilassi antibiotica.

COLONSCOPIA

- **Emorragia:** associata in genere a procedure terapeutiche, molto raramente si può verificare anche in corso di procedure diagnostiche (es.: a seguito di biopsie). Generalmente è di modesta entità e tende ad autolimitarsi. In rari casi può essere necessario controllarla mediante una tecnica di emostasi endoscopica.

L'indicazione a trattamenti chirurgici per emorragie in corso di colonscopia diagnostica è rarissima.

- **Perforazione:** 0.07-0.3% dei casi. La perforazione in corso di una colonscopia diagnostica può essere conseguenza di traumi causati dallo strumento o dalla pressione del gas insufflato (barotrauma). In alcuni casi, quando la perforazione sia di piccole dimensioni e sia diagnosticata nel corso dell'esame stesso, è possibile effettuare un tentativo di trattamento endoscopico con clip. Quando la perforazione sia di maggiori dimensioni o qualora il trattamento endoscopico risulti inefficace, è indicato il trattamento chirurgico.

- **Esplosione da gas:** è un evento rarissimo, conseguente a preparazioni intestinali a base di mannitolo o sorbitolo e al concomitante utilizzo di fonti di corrente (es.: polipectomia, APC, ecc.).

Procedure integrative a finalità operativa che possono essere attuate durante la colonscopia

La colonscopia operativa, pur essendo anch'essa procedura sicura, rispetto agli esami diagnostici generalmente ha un rischio aumentato che dipende dal tipo di trattamento che viene effettuato.

- **Polipectomia.** È una tecnica endoscopica che consente l'asportazione dei polipi del colon, mediante l'utilizzo di particolari accessori (anse da polipectomia) che generalmente vengono collegati ad un elettrobisturi che eroga corrente diatermica. In alcuni casi la polipectomia può essere effettuata senza far uso di corrente diatermica (cosiddetta tecnica "a freddo"). Le complicanze sono rare.

Le più frequenti sono rappresentate da:

- Perforazione (0.04-1.0%). La perforazione in corso di polipectomia pur essendo una complicanza rara, tende ad aumentare quanto più complessa è la manovra terapeutica. In presenza di una perforazione il trattamento endoscopico (posizionamento di clip) può essere risolutivo. Qualora il trattamento endoscopico risulti inefficace o non possibile, è indicato il trattamento chirurgico.
- Emorragia (0.3-6.1%). L'emorragia post-polipectomia rappresenta la complicanza più frequente. In circa l'1.5% dei pazienti sottoposti a polipectomia si verifica un sanguinamento immediato che normalmente viene controllato endoscopicamente. In circa il 2% dei pazienti si può verificare un sanguinamento tardivo che si può presentare fra i 7 ed i 30 giorni dopo la polipectomia. Il ricorso alla chirurgia è raro.
- Ustione trans-murale (0.003-0.1%): è legata alla trasmissione di calore alla parete del viscere dovuta all'applicazione di corrente elettrica. Si manifesta entro 24-36 ore dalla colonscopia con un quadro di febbre, dolore addominale localizzato e leucocitosi (aumento dei globuli bianchi). Di solito si risolve con terapia conservativa mediante idratazione endovena, terapia antibiotica e digiuno fino al termine della sintomatologia.

La mortalità può raggiungere lo 0,25%.

• **Tecniche avanzate di Resezione Endoscopica (EMR ed ESD):** L'EMR o mucosectomia (Resezione endoscopica della mucosa e della sottomucosa) e l'ESD (Dissezione endoscopica sottomucosa) sono tecniche avanzate di rimozione di lesioni neoplastiche superficiali. Esistono varie tecniche di esecuzione: quella più comune è la tecnica "lift and cut" che prevede l'iniezione sottomucosa, mediante ago dedicato, di soluzioni saline o colloidal che sollevano la lesione (mucosa e la sottomucosa) dalla muscolare propria. Successivamente il blocco sollevato viene resecato con ansa diatermica nella EMR o con dissettore libero nella ESD. L'emorragia e la perforazione sono le complicanze più comuni e si verificano con una frequenza superiore rispetto a quella osservata nella polipectomia standard. Il rischio di emorragia immediata è di circa il 10%, mentre il sanguinamento tardivo avviene in circa l'1.5-14% dei casi. Il sanguinamento è solitamente trattato endoscopicamente, ed in alcuni casi può essere necessario eseguire anche trasfusioni. Il ricorso alla chirurgia è raro. La perforazione si verifica in circa il 5-10% delle ESD del colon e fino ad un 5% delle EMR. La maggior parte delle perforazioni viene immediatamente diagnosticata e trattata endoscopicamente al momento della procedura. Per entrambe le procedure la mortalità è rara (0.25%).

• **Trattamenti emostatici.** Hanno come obiettivo l'arresto di un'emorragia. Le terapie emostatiche includono tecniche termiche, iniettive e meccaniche. È possibile la combinazione di due o più tecniche. La perforazione è una complicanza rara dell'emostasi endoscopica. Tuttavia, soprattutto nel trattamento delle angiodisplasie, in particolare quando localizzate a livello del colon destro, la perforazione è stata descritta fino al 2.5% dei casi.

• **Rimozione di corpi estranei.** La manovra consiste nel "catturare" il corpo estraneo ed estrarlo con l'ausilio di specifici accessori. In oltre il 70% dei casi la rimozione del corpo estraneo avviene con successo per via endoscopica.

In questa manovra, la complicanza più temuta è la perforazione. Il rischio di perforazione varia in relazione al tipo di oggetto (appuntito o smusso). Particolare attenzione deve essere posta nella gestione dei corpi estranei contenenti droghe (ovuli, condom) dal momento che l'eventuale rottura dell'involucro durante le manovre di rimozione può portare all'assorbimento delle droghe con conseguente sindrome da overdose ed elevato rischio di morte.

• **Dilatazione di stenosi.** Viene utilizzata per trattare restringimenti del lume intestinale. Per la dilatazione delle stenosi si utilizzano dilatatori idro-pneumatici o meccanici. Per la risoluzione della patologia possono essere necessarie più sedute. Si tratta di una tecnica, con basso rischio di perforazione (circa 2%) ed emorragia (<1%). La mortalità è inferiore allo 0,05%.

• **Posizionamento di endoprotesi.** L'endoprotesi o "stent" è un dispositivo medico che consente di ripristinare e mantenere la pervietà del lume di un viscere. Generalmente, il posizionamento di endoprotesi è indicato per il trattamento di stenosi maligne, in casi selezionati anche in caso di stenosi benigne. Le complicanze più frequenti sono la perforazione (circa 4.5% dei casi), l'occlusione dello stent (circa 12% dei casi), la migrazione della protesi (circa 12% dei casi) e l'emorragia (circa 4% dei casi). La mortalità oscilla dallo 0,1 allo 0,6%.

• **Cromoendoscopia.** Sostanze coloranti possono essere utilizzate in casi selezionati per una più accurata definizione morfologica delle lesioni. L'uso di coloranti è sicuro, con un rischio di complicanze trascurabile.

• **Tatuaggio.** L'utilizzo dell'inchiostro di china o di soluzioni di carbone sterile permette la "marcatura" di lesioni neoplastiche per facilitarne l'individuazione in corso di successive colonscopie o di interventi chirurgici. L'utilizzo dell'inchiostro di china è associato ad un rischio di complicanze severe (peritoniti focali, ematomi infetti, ascessi, aderenze post-operatorie) che varia dallo 0,2% al 5,6%. L'utilizzo della soluzione di carbone sterile ha ridotto il tasso delle complicanze (0,2%).

• **Posizionamento di sonde da decompressione del colon.** Consiste nel posizionamento di tubicini per la decompressione del colon in pazienti con pseudo-ostruzione intestinale. I dati circa i risultati del posizionamento di tubi da decompressione sono molto limitati e riportano un rischio di perforazione di circa il 2%.

• **Miscellanea.** Complicanze rarissime della colonscopia includono: rottura della milza, appendicite acuta, diverticolite, enfisema sottocutaneo e lacerazione dei vasi mesenterici con emorragia intra-addominale. Raramente può verificarsi una colite chimica, correlata alla sostanza utilizzata per la disinfezione dello strumento.

Cosa succede dopo la colonscopia

Dopo l'esame il paziente potrebbe avvertire il permanere di gonfiore e dolori addominali che normalmente si esauriscono in alcuni minuti senza necessità di manovre o terapie aggiuntive. In alcuni casi, però, potrebbe essere necessario il posizionamento di una sonda rettale allo scopo di facilitare l'eliminazione dell'aria insufflata durante l'esame. Nel caso in cui vengano effettuate manovre terapeutiche, a seconda del giudizio del medico, può essere indicata un'osservazione clinica più prolungata. Qualora l'esame sia eseguito in sedazione, al termine può residuare temporaneamente sonnolenza, capogiro, visione offuscata o doppia. Ad ogni modo il paziente può essere dimesso solo se accompagnato e non può quindi guidare auto o motoveicoli o compiere manovre a rischio o che richiedano particolare attenzione nelle 24 ore successive alla procedura.

La ripresa delle terapie in corso, dell'alimentazione e l'assunzione di liquidi sono concordate con i sanitari al momento della dimissione.

Se non è stata praticata alcuna sedazione il paziente potrà tornare a casa o in reparto, anche da solo.

A distanza di alcune ore si potrebbero verificare segni di complicanze tardive correlate all'esame. È importante pertanto riconoscere i segni precoci di possibili complicanze. 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.

A seguito di esame endoscopico, il paziente sarà escluso temporaneamente, per un periodo di 12 mesi, da una eventuale donazione di sangue.

Cosa fare in caso di esame incompleto

L'esame può non essere completato nel 5-30% dei casi:

- in caso di preparazione intestinale inadeguata
- in presenza di restringimenti del lume del viscere (stenosi) non superabili con lo strumento
- in presenza di angolature/aderenze o di una particolare lunghezza del viscere che determina ostacolo alla progressione dell'endoscopia e/o dolore non gestibile dalla sedazione che si sta effettuando.

In caso di colonscopia incompleta per i suddetti motivi, e qualora esista l'indicazione ad esaminare anche i tratti di grosso intestino non visualizzati, le possibili alternative sono costituite da:

- ripetere l'esame con una preparazione diversa, ben eseguita, o "rinforzata"
- a giudizio del medico, ripetere l'esame con una sedazione più idonea o presso un Centro di riferimento per la metodica
- eseguire un esame alternativo quale la Colonscopia Virtuale o la Videocapsula del Colon.

Quali sono le alternative alla colonscopia

Clisma opaco, colonscopia virtuale e colonscopia con videocapsula sono attualmente le tecniche alternative alla colonscopia. Le prime due sono tecniche radiologiche, l'ultima è una tecnica endoscopica. Nessuna di queste permette di eseguire biopsie per esame istologico e di effettuare manovre operative (polipectomie, ecc.). Come per la colonscopia, anche per queste procedure alternative è necessario effettuare una preparazione intestinale. L'eventuale indicazione a queste procedure alternative deve essere valutata con il proprio medico considerando rischi e benefici, tenendo conto della inferiore accuratezza diagnostica rispetto alla colonscopia.

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 poli-uso) sono puliti a fondo (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 areati che consentono lo stoccaggio verticale per proteggerli dalla polvere, da possibili fonti di contaminazioni e dalle alte temperature.

Gli accessori in uso (pinze, anse da polipectomia, ecc.) sono monouso e sottoposti ad attenta verifica prima dell'utilizzo.

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.*

CONSENSO AL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Ho preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi del Reg.to UE 2016/679 e, informato dei miei diritti, acconsento al trattamento dei miei dati sensibili e comuni da parte della Direzione Generale dell' Ospedale a scopo di cura, prevenzione, ricerca e anche con finalità didattiche, nel rispetto del citato Decreto.

Data/...../.....

Firma.....

PREPARAZIONE ALLA COLONSCOPIA (RSCS)

Gentile Signora/e, Le ricordiamo che il buon esito diagnostico della colonscopia dipende dalla corretta preparazione dell'intestino, alla quale concorre anche l'assunzione di una dieta specifica.

Per la preparazione è necessario acquistare in farmacia il prodotto **PLENVU**, che va sciolto, mescolando bene, in mezzo litro di acqua.

1) Nei tre giorni precedenti l'esecuzione dell'esame, il paziente non dovrà mangiare frutta e verdura o alimenti ricchi in fibre e contenenti scorie e semi.

2) Il giorno precedente l'esame; il paziente effettuerà una dieta liquida (brodo, tè, camomilla, succo di frutta senza polpa, bevande analcoliche senza gas, caffè senza latte). Non sono consentiti cibi solidi.

A) ESAME PROGRAMMATO AL MATTINO (Entro le ore 13:00)

Assumere la preparazione il giorno precedente l'esame:

- ✓ **Bustina della dose 1:** dalle ore 12:00 alle ore 13:00, dose 1 di PLENVU in mezzo litro di acqua da bere in 30 minuti, al termine bere almeno mezzo litro di liquidi chiari (acqua, tè, camomilla), nei successivi 30 minuti.
- ✓ **Dose 2 (Bustina A e B):** dalle ore 21:00 alle ore 22:00, dose 2 di PLENVU in mezzo litro di acqua da bere in 30 minuti, al termine bere almeno mezzo litro di liquidi chiari (acqua, tè, camomilla). nei successivi 30 minuti. Terminata la preparazione, rimane a digiuno da liquidi e solidi fino al momento dell'esame.

B) ESAME PROGRAMMATO AL POMERIGGIO (Dopo le ore 14:00)

Assumere la preparazione la sera prima dell'esame:

- ✓ **Bustina della dose 1:** dalle ore 20:00 alle ore 21:00, dose 1 di PLENVU in mezzo litro di acqua da bere in 30 minuti, al termine bere almeno mezzo litro di liquidi chiari (acqua, tè, camomilla), nei successivi 30 minuti.
- ✓ **Dose 2 (Bustina A e B) il giorno dell'esame:** 7 ore prima dell'esame, dose 2 di PLENVU in mezzo litro di acqua da bere in 30 minuti, al termine bere almeno mezzo litro di liquidi chiari (acqua, tè, camomilla), nei successivi 30 minuti. Terminata la preparazione, rimane a digiuno da liquidi e solidi fino al momento dell'esame.

Casi particolari:

- In caso di **stipsi ostinata** o se in precedenza il Paziente è stato sottoposto ad un esame di colonscopia con pulizia intestinale non sufficiente, è opportuno che assuma due giorni prima dell'esame anche 5 compresse di Pirsennid la sera.
- **Nausea.** Può comparire nausea durante l'assunzione della preparazione: non è un fenomeno preoccupante e si può assumere un anti-nausea (tipo Plasil, Peridon, Levopraid etc.). Questi farmaci possono essere assunti anche preventivamente.
- In caso di **favismo** o **fenilchetonuria** il paziente non può assumere PLENVU e deve sostituire il prodotto con altra preparazione (**AG PEG PLUS**). □



RACCOMANDAZIONI GENERALI PER RSCS

- Digiuno da cibi solidi e liquidi prima dell'esame (vedi preparazione esame).
- Portare l'impegnativa del medico curante con specificata la diagnosi (in caso di esame in convenzione)
- Portare esami endoscopici precedenti e/o altri esami (es. TC, manometria esofagea, etc.)
- **Per pazienti con età superiore a 50 anni**, portare sempre: elettrocardiogramma con nulla osta cardiologico all'esame, **esami ematici : emocromo, PT, PTT, INR**, effettuati negli ultimi 30 giorni antecedenti all'esame;
- **In caso di patologie cardiache accertate** sarà necessario effettuare anche una visita cardiologica indipendentemente dall'età del paziente, per avere il **nulla osta** all'esame endoscopico;
- **Può continuare ad assumere l'abituale terapia, ad eccezione di:**
- **Farmaci antiaggreganti** come **ticlopidina, clopidogrel**, (Tiklid-Plavix ecc.): il farmaco deve essere sospeso cinque giorni prima. Consultare il cardiologo per concordare l'eventuale sostituzione e avere il Nulla Osta all'esame endoscopico, eseguire sempre prelievo per emocromo, PT, PTT, INR negli ultimi 30 giorni antecedenti all'esame.
- **Farmaci anticoagulanti** come warfarin, dicumarolici (**coumadin o sintrom**), il farmaco deve essere sospeso cinque giorni prima e comunque è necessario consultare il medico cardiologo e/o il centro di riferimento TAO per concordare, eventuali prelievi ematici di controllo o/e eventuali sostituzioni ed avere il nulla osta all'esame endoscopico, eseguire sempre prelievo per: emocromo, PT, PTT, INR negli ultimi 30 giorni antecedenti all'esame.
- **Farmaci anticoagulanti N.A.O.** come **Pradaxa, Xarelto, Eliquis, Lixiana ecc.** il farmaco deve essere sospeso 48 ore prima e comunque, consultare il cardiologo per concordare la sospensione della terapia ed avere il Nulla Osta all'esame endoscopico, eseguire sempre: emocromo, PT, PTT, INR negli ultimi 30 giorni antecedenti all'esame.
- E' possibile continuare ad assumere, solo in caso di profilassi secondaria (es. infarto, ictus), l'acido acetilsalicilico a basso dosaggio (**es. Cardioaspirina, Cardirene**), portare sempre Nulla Osta cardiologico all'esame endoscopico, eseguire sempre: emocromo, PT, PTT, INR negli ultimi 30 giorni antecedenti all'esame.
- Portare sempre in visione la terapia farmacologica che si sta assumendo, in modo particolare farmaci per l'insonnia, ansia e depressione.
- **E' sempre necessaria la presenza di un accompagnatore** in quanto il paziente **deve astenersi dalla guida** e dall'uso di strumenti pericolosi, per sé o per altri, per almeno 12 ore.
- Al momento della programmazione degli **ESAMI ENDOSCOPICI IN SEDAZIONE PROFONDA**, il paziente riceverà dal personale del CUP i seguenti documenti:
 1. Modulo esami preparatori, riportante gli esami da effettuare prima della procedura,
 2. Scheda di autovalutazione;
 3. Informativa per l'esame endoscopico;
 4. Informativa alla sedazione profonda;

PER LA SEDAZIONE PROFONDA PORTARE SEMPRE E.C.G. (elettrocardiogramma) effettuato negli ultimi 30 giorni antecedenti al giorno dell'esame, **ED ESAMI EMATICI EMOCROMO, PT, PTT.** Gli esami saranno visionati dal medico endoscopista e dall'anestesista il giorno stesso.

IN CASO DI PATOLOGIE CARDIACHE E/O RESPIRATORIE ACCERTATE eseguire sempre una visita cardiologica e pneumologica. Il tutto dovrà essere valutato, prima di eseguire l'esame, dall'Anestesista ai fini del nulla osta. **La visita con il medico Anestesista, si potrà eseguire senza appuntamento e senza impegnativa, il venerdì precedente all'esame, presso i locali dell'Endoscopia Digestiva dalle ore 12 alle 13**

PRESCRIZIONI SUCCESSIVE ALL'ESAME ENDOSCOPICO

Numeri telefonici di riferimento per la eventuale comparsa di problematiche inerenti la procedura endoscopica o la sedazione:

- Servizio di Endoscopia **06.93298609** dalle ore 8 alle 14,30
- Reparto di Chirurgia (se l'endoscopista è stato un chirurgo) **06.93298404** dalle ore 14 alle ore 20
- Medico o Chirurgo di Guardia dalle 20 alle 8 chiamando il centralino **06.93298808**
- Anestesista di Guardia **06.93298809** sia nei giorni feriali che festivi