

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: _____