

## Questionario e dichiarazione di consenso informato

Cognome: \_\_\_\_\_ Data dell'esame: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_  Gastroscopia

Data di nascita: \_\_\_\_\_  Colonscopia

Peso: \_\_\_\_\_ Altezza: \_\_\_\_\_

Medico inviante: \_\_\_\_\_

Medico di famiglia: \_\_\_\_\_

|  |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| Sta assumendo anticoagulanti per diluire il sangue (ad es. Sintrom, Marcoumar)? Negli ultimi sette giorni ha assunto Aspirina, Alcacyl, Tiatral, Plavix, Brufen o prende regolarmente altri antipiretici o antidolorifici? | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| Tende a sviluppare ematomi (anche in caso di piccole lesioni come ad es. l'estrazione di un dente o un intervento effettuato in precedenza) o soffre di difetti della coagulazione del sangue?                             | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| Soffre di allergie/reazioni di ipersensibilità a farmaci, lattice o anestetici locali? Se sì, quali? _____   | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| Soffre di allergie/reazioni di ipersensibilità a soia, uova, latte o altre proteine? Se sì, quali? _____   | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| Ha problemi ai reni?   | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| Soffre di cardiopatia valvolare, ha subito un intervento al cuore e/o ha un pacemaker?   | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| Le è stata impiantata una protesi in metallo (ad es. all'anca o al ginocchio)? Dove: _____   | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| Porta la dentiera o ha un piercing al labbro/sulla lingua?<br>➔ Va tolta/o prima dell'endoscopia.  | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| Per le donne in età fertile: è o potrebbe essere incinta?  | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| Soffre d'asma?   | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| Usa spray broncodilatatori?  | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| Quando ha bevuto oggi qualcosa per l'ultima volta?<br>In caso di gastroscopia: Quando ha mangiato qualcosa per l'ultima volta?   | Ora: _____<br>Ora: _____    |                             |

### Domande relative al colloquio di chiarimento?

Nel colloquio di chiarimento dovrebbe fare tutte le domande che Le sembrano importanti. Chieda informazioni al Suo medico di famiglia e dia un'occhiata al nostro sito web [www.magendarmbern.ch](http://www.magendarmbern.ch). Si annoti le domande e le formuli nel colloquio che precede l'esame.

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver letto attentamente e compreso il foglio informativo sulla colonscopia/gastroscopia. Mi hanno spiegato in modo chiaro la diagnosi, il tipo di esame/intervento, come si svolge e quali rischi comporta. Acconsento allo svolgimento dell'esame e a un'eventuale asportazione dei polipi (polipectomia).

Luogo/Data

Firma del/della paziente

Firma del medico

**Osservando attentamente le prescrizioni prima e durante l'esame endoscopico e rispondendo scrupolosamente alle domande, contribuirà in modo determinante alla riuscita dell'esame e alla riduzione dei rischi.**