Consenso Informato per: ESG – Gastroplastica Restrittiva Endoscopica

*Il paziente*

*Spazio per l’etichetta*

*sottoscrive una dichiarazione nella quale manifesta di essere stato messo a conoscenza di quanto segue relativamente alla procedura:*

1. che il Dr ha fornito una spiegazione comprensibile, esaustiva e dettagliata riguardo la tecnica di GASTROSCOPIA RESTRITTIVA ENDOSCOPICA che verrà eseguita in anestesia generale con lo scopo di perdere peso, essendo attualmente di Kg .

Che la procedura da sola non sarà efficace se non accompagnata da un corretto regime dietetico, allo stesso modo la perdita di peso iniziale ed il mantenimento nel tempo dipenderanno unicamente dalla quantità di calorie assunte e da un corretto regime di alimentazione e di esercizio da parte del paziente.

La GASTROSCOPIA RESTRITTIVA ENDOSCOPICA consiste nella restrizione del volume gastrico tramite suture posizionate tra la parete anteriore e quella posteriore (passando per la grande curvatura), dall’antro pilorico al fondo

gastrico, lasciando quest’ultimo intatto. La procedura non necessita di incisioni esterne. Viene effettuata in anestesia generale con l’ausilio di un gastroscopio (tubo flessibile con accesso orale). Il metodo non è doloroso, è possibile che si verifichino fastidi a livello gastrico che nella maggior parte dei casi spariscono entro 24h consentendo un rapido ritorno del paziente alla vita normale.

Ingerire quantità abbondanti di cibo può condizionale la durabilità nel tempo della gastroplastica. L’eccesso di cibo assunto, infatti, determina un’elevata pressione sulle suture che ne può determinare il deterioramento o la rottura.

1. che allo stesso modo sono spiegati, compresi ed accettati i rischi associati alla procedura.

Tra i rischi associati alla procedura si includono:

* + *FREQUENTE:* Dolore provvisorio alla gola
  + *POCO FREQUENTE:* Ulcera nel rivestimento dello stomaco che può necessitare un tratamento farmacologico
  + *RARI:* emorragia, perforazione o lacerazione gastro-intestinale

con improbabile ma descritto interessamento degli organi vicini, perforazione che necessità di trattamento chirurgico, pneumomediastino, pneumoperitoneo, infezione, aspirazione bronchiale, ipotensione, nausea e vomito, reazione allergica, flebite o eccezionalmente aritmia, arresto cardiaco, arresto cardio-respiratorio, ictus, reazione allergica ai materiali usati nella procedura, danni ai denti, sublussazione mascellare che possono essere gravi e richiedere un trattamento chirurgico, rischio minimo di mortalità mai verificato fino a questo momento.

1. che il paziente si impegna a seguire le istruzioni dietetiche e nutrizionali per una corretta perdita di peso.
2. che, avendo compreso i punti precedenti, in pieno uso delle proprie facoltà psichiche e intellettuali, in maniera libera e cosciente, assume i rischi e le complicazioni associate alla procedura (esposti nel punto **SECONDO** di questo consenso informato). Dichiara inoltre di essere soddisfatto della spiegazione dettagliata e di non necessitare ulteriori informazioni
3. che la presente autorizzazione all’atto medico GASTROSCOPIA RESTRITTIVA ENDOSCOPICA, può essere revocata in qualunque momento del trattamento, comunicandone la volontà in maniera convincente al medico o alla sua equipe.

Autorizzazione: Io Sig.\Sig.ra , esprimo il mio consenso e autorizzo l’effettuazione della GASTROSCOPIA RESTRITTIVA ENDOSCOPICA con procedimento endoscopico e anestetico adeguato. Se durante l’intervento, per cause non predicibili in questo momento, dovesse essere necessario o conveniente intervenire con ulteriori procedimenti anche chirurgici, autorizzo espressamente che lo si faccia senza la necessità di risvegliarmi dall’anestesia.

Firma

Data

Firma del Medico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_