NORME DI PREPARAZIONE

MANOMETRIA ESOFAGEA

IL PAZIENTE È INVITATO AD ATTENERSI SCRUPOLOSAMENTE ALLE NORME RIPORTATE

- IL GIORNO DELL'ESAME RIPORTARE COMPILATO IL CONSENSO INFORMATO ALLEGATO E SEGUIRE LA SEGUENTE PREPARAZIONE:
 - TRE GIORNI PRIMA DELL'ESAME SOSPENDERE L'ASSUNZIONE DEI FARMACI CHE AIUTANO A SVUOTARE LO STOMACO (PROCINETICI, AD ESEMPIO DOMPERIDONE E LEVOSULPIRIDE).

 - SI RICHIEDE IL DIGIUNO DA SOLIDI E LIQUIDI NELLE 8 ORE PRECEDENTI L'ESAME.

 - È POSSIBILE ASSUMERE LE ABITUALI TERAPIE CON UN SORSO D'ACQUA.

- PRESENTARSI ALMENO 30 MINUTI PRIMA DELL'ORARIO DI PRENOTAZIONE PRESSO L'ACCETTAZIONE SSN, AREA GIALLA, PIANO 0 E DI MUNIRSI DELL'APPOSITO NUMERO "ESAMI ENDOSCOPICI" PER POTER EFFETTUARE LA REGISTRAZIONE PRESSO IL SERVIZIO DI *GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA* SITO IN AREA VERDE. NON È POSSIBILE COMPLETARE DIRETTAMENTE LA REGISTRAZIONE PER GLI ESAMI ENDOSCOPICI PRESSO GLI SPORTELLI AUTOMATICI (TOTEM).

- LE RICORDIAMO DI PORTARE CON SÉ LA PRESCRIZIONE MEDICA E CONSEGNARE ALLO SPECIALISTA AL MOMENTO DELL'ESAME LA SUA DOCUMENTAZIONE CLINICA ED EVENTUALI ESAMI PRECEDENTI.

SERVIZIO DI GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Responsabile: Dr. Benedetto Mangiavillano

CONSENSO INFORMATO MANOMETRIA ESOFAGEA AD ALTA RISOLUZIONE

La manometria esofagea ad alta risoluzione (HRM) è un esame diagnostico utile per indagare i disturbi della deglutizione (disfagia) e approfondire i sintomi esofagei anche correlati alla malattia da reflusso gastro-esofageo.

Il personale sanitario la informerà durante il colloquio preliminare di ogni fase dell'esame e risponderà ad eventuali sue domande.

INFORMATIVA

1. CHE COS'È LA MANOMETRIA ESOFAGEA AD ALTA RISOLUZIONE?

La manometria esofagea ad alta risoluzione (HRM) è un esame che permette di studiare il funzionamento dell'esofago e dei meccanismi che regolano il passaggio del cibo in stomaco. L'esame fornisce una rappresentazione visiva in tempo reale delle attività di contrazione e di rilasciamento del corpo esofageo e dello sfintere esofageo inferiore (il *cardias*, cioè la *valvola* che separa l'esofago dallo stomaco) in risposta alla deglutizione.

2. QUANDO È INDICATA LA MANOMETRIA ESOFAGEA AD ALTA RISOLUZIONE?

La manometria è indicata principalmente in presenza di difficoltà a deglutire (*disfagia*), poiché permette di individuare eventuali disturbi motori dell'esofago come l'*acalasia* (una condizione in cui lo sfintere esofageo inferiore non si apre correttamente, impedendo il passaggio del cibo). Può essere consigliata ai pazienti che soffrono di reflusso gastro-esofageo, generalmente se si sta considerando un trattamento endoscopico o chirurgico. Viene spesso eseguita prima di una ph-impedenziometria, per permettere di posizionare correttamente il sondino in esofago. Infine la manometria viene utilizzata per monitorare l'efficacia dei trattamenti endoscopici o chirurgici sull'esofago.

3. COME SI ESEGUE LA MANOMETRIA ESOFAGEA AD ALTA RISOLUZIONE?

La manometria viene eseguita introducendo un sottile tubo flessibile (*catetere*) attraverso la narice, fino a raggiungere lo stomaco. Su questo catetere sono posizionati dei sensori che misurano le pressioni in esofago, sia a riposo che evocate dalla deglutizione. Il catetere è collegato a un software in grado di registrare l'esame ed elaborare successivamente i dati ricavati. Nel corso dell'esame il paziente verrà invitato a deglutire delle piccole quantità di acqua, secondo le indicazioni di volta in volta fornite dal Medico. In alcuni casi specifici potranno essere somministrate piccole quantità di cibo (ad esempio dei pezzetti di pane). L'esame ha una durata di circa 20 minuti, ma può leggermente variare a seconda del motivo dell'esame e del grado di collaborazione del paziente. Al termine il paziente potrà tornare a casa; non ci sono controindicazioni nel riprendere le regolari attività quotidiane.

4. LA MANOMETRIA ESOFAGEA È DOLOROSA? SI PUÒ EFFETTUARE IN SEDAZIONE?

L'esame non è doloroso. Il paziente potrà avvertire un po' di fastidio durante il posizionamento del sondino. Non è prevista nessuna forma di sedazione, poiché è richiesta la collaborazione attiva del paziente. Non essendo prevista una sedazione, non è necessario essere accompagnati.

5. E' NECESSARIA UNA PREPARAZIONE PRELIMINARE?

Si richiede il digiuno da solidi e liquidi nelle 8 ore precedenti l'esame. E' possibile assumere le abituali terapie con un sorso d'acqua. In alcuni casi specifici il Medico potrebbe richiedere un periodo di digiuno più lungo. Si raccomanda di portare con sé il giorno dell'esame eventuali visite specialistiche ed esami endoscopici o radiologici precedentemente eseguiti.

6. È NECESSARIO SOSPENDERE ALCUNI FARMACI PRIMA DELLA MANOMETRIA ESOFAGEA?

Tre giorni prima dell'esame il paziente dovrà sospendere l'assunzione dei farmaci che aiutano a svuotare lo stomaco (*procinetici*, ad esempio domperidone e levosulpiride). Se nella stessa sessione il paziente ha programmato anche la ph-impedenziometria, allora due settimane prima dell'esame dovrà sospendere i farmaci che riducono l'acidità dello stomaco, vale a dire gli *inibitori della pompa protonica* (omeprazolo, pantoprazolo, lansoprazolo, esomeprazolo, rabeprazolo) e altri antiacidi (famotidina). Le altre terapie abituali potranno essere assunte normalmente, salvo espressa richiesta da parte del Medico che eseguirà l'esame.

7. CI SONO RISCHI O CONTROINDICAZIONI ALLA MANOMETRIA ESOFAGEA?

La manometria è un esame sicuro e in genere non è gravato da complicanze. Si possono verificare piccoli sanguinamenti dalla narice, se il paziente ha una predisposizione o ha in corso una terapia antiaggregante o anticoagulante. Un evento da considerare, per quanto molto raro, è la possibilità di perforazione di un diverticolo esofageo non noto.

8. CI SONO ALTERNATIVE ALLA MANOMETRIA ESOFAGEA AD ALTA RISOLUZIONE?

Attualmente non esistono altri esami che possano fornire le stesse informazioni sull'esofago e sulla giunzione gastro-esofagea. La manometria ad alta risoluzione ha ormai sostituito la manometria tradizionale, offrendo dati più precisi.

CONSENSO INFORMATO

Data:/...../.....

Ore: :

Io / Noi sottoscritta/o/i**Cognome e nome (Paziente, Genitore, Rappresentante Legale)**

.....

Nata/o a (.....)

il/...../.....

Cognome e nome (Secondo Genitore)

.....

Nata/o a (.....)

il/...../.....

GENERALITA' PAZIENTE
(apporre etichetta
identificativa)**IN QUALITA' DI:**

- DIRETTA/O INTERESSATA/O
- GENITORE/I (*in assenza del secondo genitore compilare mod_CONS_001 "Dichiarazione sostitutiva di certificazione per genitore unico")
- TUTORE CURATORE AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO TITOLARE RESPONSABILITÀ GENITORIALE
(*compilare mod_CONS_002 "Dichiarazione sostitutiva di certificazione per rappresentante legale")

di.....nata/o a..... (....) il/...../.....

DICHIARO/DICHIARIAMO:

di avere avuto un colloquio informativo con la dr.ssa/il dr., durante il quale sono/siamo stato/i reso/i edotto/i della diagnosi formulata a conclusione della visita medica e/o degli esami diagnostici sin qui eseguiti. Al termine mi/ci è stato spiegato in modo chiaro che si rende necessario intraprendere il seguente trattamento diagnostico/terapeutico che verrà eseguito da medici appartenenti al Team chirurgico/U.O. di

Diagnosi	
Trattamento diagnostico-terapeutico	
Sede	
Lateralità (ove applicabile)	

DICHIARO/DICHIARIAMO INOLTRE:

di aver ricevuto informazioni esaurienti, come da Informativa fornita, riguardo a:

- tipologia di procedura proposta, tempi e modalità di esecuzione;
- benefici attesi, possibilità di successo e di insuccesso della procedura proposta;
- potenziali complicanze (immediate e/o a distanza) correlate alla procedura o al mio caso specifico, in relazione alla presenza di patologie concomitanti;
- opzioni terapeutiche alternative al trattamento proposto con relativi benefici, rischi e complicanze;
- conseguenze sulla vita sociale e lavorativa che potrebbero verificarsi a seguito del trattamento e relativi tempi e modalità di recupero;
- possibili esiti clinici in caso di rifiuto del trattamento proposto.

CONSENSO INFORMATO

CONFERMO/CONFERMIAMO INFINE DI:

- aver letto e discusso con il medico tutte le informazioni contenute nell'Informativa allegata al presente modulo;
- avere avuto la possibilità di fare domande sul trattamento proposto e che il medico si è reso/a disponibile per eventuali ulteriori chiarimenti;
- sapere che ove si rendessero necessarie modifiche rispetto a quanto già discusso, dovrò/dovremo manifestare un nuovo consenso al trattamento;
- essere informata/o/i della possibilità di revocare il mio/nostro consenso al trattamento in qualsiasi momento precedente alla sua esecuzione
- di aver tenuto conto della volontà del minore, in relazione alla sua età e grado di maturità, riguardo all'esecuzione del trattamento proposto (applicabile solo per pazienti minori).

CONSAPEVOLE/I DI QUANTO SOPRA, DICHIARO/DICHIARIAMO DI:

ACCONSENTIRE **NON ACCONSENIRE**

all'esecuzione del trattamento proposto

Firma del Paziente, Genitore, Rappresentante Legale

.....

Firma del secondo Genitore

.....

Nome, Cognome e Firma eventuale interprete (Allegare documento d'identità)

.....

Timbro e Firma del medico

REVOCA DEL CONSENSO

Data:/...../.....	Ore: :
-------------------------	--------------------

Consapevole/i ed informata/o/i sui rischi derivanti da tale scelta,

DICHIARO/DICHIARIAMO DI REVOCARE

il consenso al trattamento di

.....

precedentemente accettato in data/...../.....

Firma del Paziente, Genitore, Rappresentante Legale

.....

Firma del secondo Genitore

.....

Nome, Cognome e Firma eventuale interprete (Allegare documento d'identità)

.....

Timbro e Firma del medico