

# Informazioni ai pazienti per ESWL (litotripsia extracorporea ad onde d'urto per frammentazione di calcoli delle vie biliari e del pancreas)

Etichetta

Protocollo informativo consegnato da:

Data:

**Cara paziente,  
Caro paziente,**

La preghiamo di leggere attentamente il foglio informativo **subito** dopo averlo ricevuto. Riempia il consenso informato, metta la data e firmi il documento possibilmente il giorno prima dell'esame. Se avesse domande si rivolga al suo medico curante oppure allo specialista che eseguirà l'esame (gastroenterologo).

Per lei è prevista l'esecuzione di una **ESWL (litotripsia extracorporea ad onde d'urto per frammentazione di calcoli delle vie biliari e del pancreas)**.

Per l'esame le alleghiamo:

- un foglio informativo
- un questionario
- il consenso informato

## Foglio informativo

Sul foglio informativo troverà spiegazioni sullo svolgimento, sugli obiettivi e sui rischi dell'esame. La preghiamo di leggerlo attentamente.

In caso di domande sulla necessità e sull'urgenza dell'esame oppure riguardo a possibili alternative o rischi legati alla procedura, la preghiamo di rivolgersi al suo medico curante che potrà rispondere alla maggior parte delle sue domande. Qualora avesse domande più specifiche, ad esempio sulla tecnica di esecuzione dell'esame, il medico specialista (gastroenterologo) potrà risponderle. In tal caso, la preghiamo di rivolgersi per tempo a noi o al medico curante.

## Il questionario:

La preghiamo di compilare il questionario allegato per il chiarimento di eventuali tendenze al sanguinamento, e di rispondere alle domande su eventuali medicinali, allergie o intolleranze. Se dovesse assumere anticoagulanti (Sintrom, Marcoumar o Xarelto ecc.) per fluidificare il sangue oppure fare uso regolare di Aspirina, Alcacyl, Tiatral, Plavix, Clopidogrel ecc., la preghiamo di discutere col suo medico curante l'eventuale sospensione dei medicinali sopracitati almeno una settimana prima dell'intervento. La preghiamo di portare il questionario il giorno dell'esame. La preghiamo di datare e di firmare il documento almeno un giorno prima dell'esame. Se dovessero sorgere dubbi o domande non esiti a contattare noi o il suo medico curante.

## Consenso informato

Legga con attenzione il consenso informato, apponga la data e la sua firma al più tardi il giorno prima dell'esame.

Il foglio informativo resta a lei.

Il questionario ed il consenso informato verranno conservati da noi nella sua cartella clinica.

*Documentazione informativa raccomandata dalla Società Svizzera di Gastroenterologia SGGSSG, dall'Associazione dei Medici Svizzeri FMH e dall'Organizzazione Svizzera dei Pazienti SPO.*

## **Foglio informativo per ESWL**

### **Perché si esegue una ESWL?**

Da lei sono stati trovati dei calcoli nelle vie biliari / nel pancreas che impediscono un normale deflusso della bile e dei succhi pancreatici. Questi calcoli devono essere frammentati con delle onde d'urto per poter poi essere estratti dalle vie biliari o dal dotto del pancreas.

### **Come ci si deve preparare per la ESWL?**

La preghiamo di non assumere più cibi solidi a partire dalla mezzanotte del giorno prima dell'esame poiché il tratto digestivo superiore prima dell'ESWL deve essere libero da residui di cibo. È permesso bere liquidi chiari senza grassi (non latte) fino a 4 ore prima dell'esame. La preghiamo di non assumere i suoi medicinali abituali a meno che il suo medico curante non le dia un esplicito ordine diverso in merito.

### **Capacità lavorativa e capacità di guida?**

Per l'esame è possibile che le verranno somministrati analgesici o sedativi. Dopo l'assunzione di questi medicinali non potrà condurre un autoveicolo. La preghiamo di non venire all'esame con la propria vettura ma di farsi accompagnare. Per 12 ore dopo la somministrazione dei medicinali non potrà firmare documenti con valenza legale.

### **Come si svolge la ESWL?**

La frammentazione di calcoli potrebbe essere dolorosa per cui normalmente devono essere somministrati antidolorifici. Talvolta può anche rendersi necessaria un'anestesia generale. Dapprima si localizza il calcolo con la radioscopia (radiografia) in seguito lei viene adagiato con cura sul lettino d'esame. Il corretto posizionamento dell'apparecchio a onde d'urto viene costantemente controllato durante tutto l'esame per orientare le onde d'urto direttamente sul calcolo. Purtroppo non è sempre possibile frantumare il calcolo in una sola seduta e a volte sono necessarie più sedute. Normalmente dopo la ESWL (lo stesso giorno o il giorno seguente) è necessario seguire una ERCP (endoscopia con esame delle vie biliari e del pancreas).

### **Quali rischi comporta una ESWL?**

La frammentazione di calcoli delle vie biliari e del pancreas è un intervento di routine con un basso rischio di complicazioni. Malgrado l'esame venga eseguito con la massima accuratezza è comunque possibile che in alcuni casi rari vi siano delle complicazioni. In casi eccezionali queste potrebbero mettere la vita in pericolo. Con le onde d'urto si formano dei piccoli arrossamenti ed ematomi della pelle. La formazione di grossi ematomi è rara. Nelle vicinanze dei calcoli nelle vie biliari o nel pancreas potrebbero verificarsi dei sanguinamenti. La frammentazione di calcoli del pancreas potrebbe provocare una pancreatite. Queste complicazioni potrebbero comportare in rari casi un intervento chirurgico oppure un ricovero prolungato in ospedale. La somministrazione di sedativi potrebbe in rari casi indurre un disturbo della funzione respiratoria o cardiaca.

### **Come mi devo comportare dopo l'esame?**

Dopo la frammentazione dei calcoli lei rimarrà sotto sorveglianza medica per alcune ore. Se dopo la ESWL dovessero sopraggiungere **dolori addominali**, problemi circolatori (p.es. capogiri), brividi o febbre si rivolga immediatamente al suo medico curante oppure al pronto soccorso.

*Documentazione informativa raccomandata dalla Società Svizzera di Gastroenterologia SGGSSG, dall'Associazione dei Medici Svizzeri FMH e dall'Organizzazione Svizzera dei Pazienti SPO.*

### Domande sull'esame?

Se lei dovesse avere ulteriori domande sull'esame programmato, la preghiamo di rivolgersi al suo medico curante. Se ci fossero ancora dubbi non esiti a contattare il medico specialista (gastroenterologo) che eseguirà l'esame.

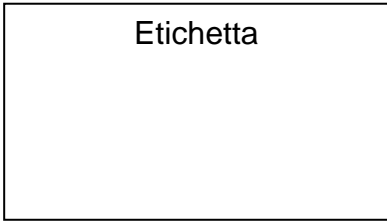
### Per domande o problemi può contattare i seguenti medici:

Medico curante		Tel:
Gastroenterologo		Tel:

*Documentazione informativa raccomandata dalla Società Svizzera di Gastroenterologia SGGSSG, dall'Associazione dei Medici Svizzeri FMH e dall'Organizzazione Svizzera dei Pazienti SPO.*



# Questionario



## Domande sulla tendenza al sanguinamento:

si no

1. Soffre spesso di <b>sanguinamento dal naso</b> ?		
2. Soffre di <b>sanguinamento dalle gengive</b> (lavando i denti) ?		
3. Soffre di <b>ematomi</b> o piccoli sanguinamenti sulla pelle senza ferite evidenti ?		
4. Ha l'impressione di <b>sanguinare molto dopo piccole ferite</b> (ad esempio durante la rasatura) ?		
5. Per le signore: ha l'impressione di avere delle <b>mestruazioni prolungate</b> (> 7 giorni) o deve cambiare frequentemente tamponi o assorbenti igienici?		
6. Ha già avuto un <b>sanguinamento prolungato o severo</b> durante o <b>dopo un trattamento dentario</b> ?		
7. Ha già avuto un <b>sanguinamento grave o prolungato</b> durante o <b>dopo un intervento chirurgico</b> (intervento alle tonsille o all'appendice, parto)?		
8. Ha già ricevuto <b>trasfusioni sanguigne</b> durante un intervento chirurgico?		
9. Vi sono nella sua famiglia (genitori, fratelli/sorelle, figli, nonni, zii) <b>malattie legate ad una maggior tendenza al sanguinamento</b> ?		

## Domande su medicinali, allergie, malattie concomitanti:

1. Assume regolarmente <b>anticoagulanti</b> per rendere fluido il sangue (p.es. Sintrom, Marcoumar o Xarelto) oppure ha assunto negli ultimi 7 giorni <b>Aspirina, Alcacyl, Tiatral, Plavix, Clopidogrel, ecc.</b> oppure <b>medicamenti contro l'influenza, antidolorifici o antireumatici</b> ? Se si quali?		
2. Soffre di <b>allergie</b> (a medicinali, lattice, anestetici locali, cerotti)? Se si quali?		
3. Soffre di <b>difetti alle valvole cardiache, di problemi cardiaci o polmonari</b> ? È in possesso di un cartellino per la <b>profilassi dell'endocardite</b> (cartellino rosso o verde) ?		
4. È portatore di un <b>pace-maker / defibrillatore</b> o di una <b>protesi metallica</b> ?		
5. Soffre di <b>problemi renali (insufficienza renale)</b> ?		
6. È <b>diabetico/a</b> ?		
7. Per le signore: è incinta oppure esiste la possibilità che vi sia una <b>gravidanza</b> in corso?		
8. Ha dei <b>denti instabili</b> , una <b>protesi dentaria</b> o una <b>malattia dei denti</b> ?		

### II/ La sottoscritto/a conferma di aver compilato il questionario in maniera completa e veritiera

Luogo, Data

Nome paziente

Firma paziente

.....

.....

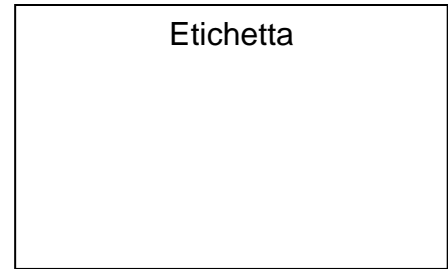
.....

Documentazione informativa raccomandata dalla Società Svizzera di Gastroenterologia SGGSSG, dall'Associazione dei Medici Svizzeri FMH e dall'Organizzazione Svizzera dei Pazienti SPO.



## Consenso informato

### per l'esecuzione di una ESWL (litotrissia extracorporea ad onde d'urto per frammentazione di calcoli delle vie biliari e del pancreas)



Protocollo informativo consegnato da:

Data:

Il/La sottoscritto/a conferma di aver letto e preso atto del contenuto del foglio informativo

Confermo di essere stato/a informato/a dal medico sul motivo (indicazione) dell' ESWL (litotrissia extracorporea ad onde d'urto per frammentazione di calcoli delle vie biliari e del pancreas).

Confermo di aver compreso il modo d'esecuzione ed i rischi una ESWL (litotrissia extracorporea ad onde d'urto per frammentazione di calcoli delle vie biliari e del pancreas).  
Alle mie domande è stata data risposta esaustiva e soddisfacente.

*(Segnare ciò che fa al caso)*

Sono d'accordo con la ESWL (litotrissia extracorporea ad onde d'urto per frammentazione di calcoli delle vie biliari e del pancreas).

si	no
si	no

Mi dichiaro d'accordo con la somministrazione di sedativi e/o analgesici.

Nome paziente

.....

Firma paziente

.....

Nome medico

.....

Firma medico

.....

**Per pazienti che non sono in grado di rilasciare personalmente il consenso informato**

Rappresentante legale

.....

Nome medico

.....

Luogo, Data

Firma del rappresentante legale

Luogo, Data

Firma medico

.....

.....

.....

.....

*Documentazione informativa raccomandata dalla Società Svizzera di Gastroenterologia SGGSSG, dall'Associazione dei Medici Svizzeri FMH e dall'Organizzazione Svizzera dei Pazienti SPO.*

