

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola</p> <p>UOC GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA</p>	<p><b>INFORMATIVA ALLA SOSTITUZIONE/RIMOZIONE O POSIZIONAMENTO DI SONDA NUTRIZIONALE/SONDINO NASO GASTRICO</b></p>	<p>GA_SNG_16</p> <p>Rev. 02</p> <p>del 12/12/18</p> <p>Pag. 1/2</p>
---	--	---

Data

Cognome e nome \_\_\_\_\_ Nato/a il \_\_\_\_\_

***Si prega di leggere attentamente questa nota che ha lo scopo di informarla sulla procedura alla quale si appresta ad essere sottoposto. Eventuali domande potranno essere poste al medico che propone/segue la procedura, al quale dovrà riconsegnare il presente modulo debitamente firmato per presa visione e comprensione. Occorre avere con sé tutti i referti di precedenti esami endoscopici, esami del sangue e tutti gli altri documenti concernenti le proprie condizioni di salute (visite specialistiche, altre indagini diagnostiche, resoconti di interventi chirurgici, ecc.)***

La informiamo che i contenuti di questa informativa sono condivisi da tutti i medici appartenenti alla equipe della UOC, pertanto essa ha validità anche nel caso in cui l'esecutore della prestazione non coincida con il medico che le ha fornito le suddette informazioni. In quest'ultimo caso può comunque chiedere che le informazioni e/o spiegazioni le siano ripetute dal medico esecutore.

Si precisa inoltre che l'orario di arrivo del Medico è puramente indicativo in relazione alla complessità di indagini precedenti che potranno determinare uno slittamento dell'orario assegnato.

#### **Che cos'è la sonda gastrostomica**

La sonda gastrostomica è un presidio di nutrizione artificiale che consente la somministrazione di alimenti, liquidi e farmaci mediante una sonda che, attraversando la parete addominale, raggiunge il lume dello stomaco. Essa viene realizzata in pazienti che hanno difficoltà o impedimento ad alimentarsi normalmente per via orale, ma che abbiano un tratto gastrointestinale intatto e normalmente funzionante.

#### **Che cos'è il sondino naso gastrico (SNG)**

Il SNG è un presidio di nutrizione artificiale che consente la somministrazione di alimenti, liquidi e farmaci mediante una sonda (un tubicino) che, introdotta per via nasale, raggiunge il lume dello stomaco. Essa viene realizzata in pazienti che hanno difficoltà o impedimento ad alimentarsi normalmente per via orale che abbiano un tratto gastrointestinale intatto, ma normalmente funzionante.

#### **Come si esegue la sostituzione**

La procedura viene effettuata, quando possibile, mediante tecnica detta "sky blue". La prima tappa prevede la somministrazione, attraverso il presidio da sostituire (sonda gastrostomica/SNG), di una soluzione di acqua e blu di metilene (un colorante innocuo); si procede poi alla rimozione del presidio usurato ed al posizionamento di un nuovo presidio. Infine, si verifica il corretto posizionamento del presidio mediante aspirazione, tramite lo stesso, del liquido colorato precedentemente iniettato in cavità gastrica.

Qualora il presidio da sostituire fosse inutilizzabile, il corretto posizionamento del nuovo presidio verrà verificato mediante auscultazione dopo introduzione di aria.

Qualora non fosse possibile determinare con certezza il corretto posizionamento del presidio sarà necessario eseguire controllo radiologico presso l'ospedale di Imola.

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola</p> <p>UOC GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA</p>	<p><b>INFORMATIVA ALLA SOSTITUZIONE/RIMOZIONE O POSIZIONAMENTO DI SONDA NUTRIZIONALE/SONDINO NASO GASTRICO</b></p>	<p>GA_SNG_16</p> <p>Rev. 02</p> <p>del 12/12/18</p> <p>Pag. 2/2</p>
---	--	---

### La preparazione alla sostituzione

Il paziente deve essere a digiuno da almeno 6 ore. È indispensabile che il medico venga informato di eventuali malattie e/o allergie di cui il paziente soffre e se il paziente assume farmaci.

Questi presidi vengono spesso posizionati in pazienti inabili ad esprimere un consenso informato alla procedura. In questi casi il consenso deve essere ottenuto dal tutore del paziente o delegato.

### Complicanze della procedura

La sostituzione/posizionamento di sonda gastrostomica e del SNG è una manovra sostanzialmente sicura. Le complicanze, per quanto rare, sono sostanzialmente di due tipi. La prima consiste nell'impossibilità di riposizionare una nuova sonda nello stomaco (a causa di agitazione del paziente oppure di impossibilità di reinserirla nella stessa apertura).

La seconda consiste nell'errato posizionamento della sonda, che viene sì reintrodotta, ma in un punto diverso dalla cavità gastrica (vie aeree, cavità addominale ecc.). La probabilità del verificarsi di questa evenienza, che può causare gravi complicanze come polmonite e/o peritonite, viene ridotta ma non annullata dell'esecuzione delle tecniche sopra descritte. In entrambe le evenienze sarà necessario l'accesso presso l'ospedale di Imola per i provvedimenti del caso.

### Cosa succede dopo la sostituzione

Il presidio può essere utilizzato normalmente subito dopo la sostituzione.

Permangono valide le usuali norme igieniche.

#### A cura del medico che richiede la procedura

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ confermo di aver spiegato al paziente/tutore le modalità di esecuzione, gli scopi, i benefici e le possibili complicanze della **sostituzione di sonda gastrostomica/SNG**.

Data \_\_\_\_\_ Firma del medico \_\_\_\_\_

#### Dichiarazione di presa visione

Firma \_\_\_\_\_ (Paziente/Tutore legale/Persona di fiducia)

Barrare in caso di consenso **espresso verbalmente**

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola</p> <p>UOC GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA</p>	<p><b>CONSENSO INFORMATO ALLA SOSTITUZIONE/RIMOZIONE O POSIZIONAMENTO DI SONDA NUTRIZIONALE/SONDINO NASO GASTRICO</b></p>	<p>GA_SNG_16</p> <p>Rev. 02</p> <p>del 12/12/18</p> <p>Pag. 1/1</p>
---	---	---

### DICHIARAZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ (Paziente/Tutore legale/Persona di fiducia) preso atto dei miei diritti e doveri e delle informazioni prestatemi dai sanitari, inclusi i rischi connessi alla procedura,

- Acconsento** a sottopormi a sostituzione o posizionamento di sonda gastrostomica/sondino naso gastrico ed **autorizzo** gli operatori all'esecuzione di eventuali procedure addizionali ritenute opportune durante l'intervento nel solo interesse della mia salute ed integrità fisica, in ragione delle mie condizioni generali, della situazione specifica e degli imprevisti che potrebbero verificarsi in sede di procedura.
- Non acconsento** ad essere sottoposto a sostituzione o posizionamento di sonda gastrostomia/sondino naso gastrico.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

- Barrare in caso di consenso **espreso verbalmente**

### A cura del medico che esegue l'esame

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ confermo di aver preso visione del consenso espresso dal paziente che dimostra di aver compreso le modalità di esecuzione, gli scopi, i benefici e le possibili complicanze dell'esame.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

### REVOCA DEL CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ (Paziente/Tutore legale/Persona di fiducia)

### Dichiaro di voler revocare il consenso

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_