

## **CONSENSO INFORMATO ALLA PH-IMPEDENZOMETRIA ESOFAGEA DELLE 24 ORE**

La pH impedenzometria esofagea permette la valutazione dinamica del reflusso gastroesofageo nell'arco temporale di 24 ore.

**Indicazioni** : Sintomi tipici di RGE in assenza di esofagite e/o refrattarietà alla terapia medica

Sintomi atipici di RGE ( manifestazioni ORL e/o respiratorie)

Sintomi dispeptici non specifici

Dolore toracico non cardiaco

Valutazione di reflusso acido, debolmente acido e non acido

Valutazione di reflussi liquidi, misti e gassosi

Valutazione della prossimalità dei reflussi

Valutazione pre e post operatoria in chirurgia antireflusso

### **Modalità di esecuzione dell'esame:**

L'esame viene eseguito ambulatorialmente.

Si raccomanda il digiuno da almeno 12 ore (dalla mezzanotte del giorno precedente). E' necessario sospendere i farmaci in grado di interferire con l'acidità gastrica ( lansoprazolo, pantoprazolo, esomeprazolo, rabeprazolo, omeprazolo, ranitidina) da almeno 5 giorni.

E' necessaria la collaborazione del paziente, che non deve essere affetto da gravi patologie cardiovascolari o respiratorie.

L'indagine viene effettuata mediante il posizionamento di un sondino per via naso-gastrica (previa anestesia locale della mucosa nasale con xylocaina spray).

Tale sondino verrà collegato con un piccolo computer portatile, affidato al paziente, mediante il quale sarà effettuata una registrazione prolungata dell'acidità del contenuto dello stomaco e dell'esofago per 24 ore.

Il giorno successivo il paziente dovrà tornare in ambulatorio per la rimozione del sondino. Il paziente in queste 24 ore deve seguire le usuali abitudini quotidiane, evitare il riposo eccessivo, alimentarsi come d'abitudine, senza particolari restrizioni.

Il paziente dovrà poi compilare un diario dettagliato con la descrizione dei sintomi avvertiti nelle 24 ore dell'esame.

Le complicanze di questo esame sono estremamente rare e comprendono la perforazione esofagea (qualora sia presente un diverticolo esofageo misconosciuto) e più frequentemente l'epistassi.

**Essendo necessaria una attenta valutazione dei dati, il referto verrà consegnato dopo alcuni giorni, previo avviso telefonico.**

Io sottoscritto .....

nato a ..... il .....

Acconsento a sottopormi alla seguente procedura:

.....  
la natura e gli scopi della quale mi sono stati spiegati dal Dott.:

.....  
con attinenza alle mie condizioni cliniche.

Dichiaro di essere stato informato sul tipo di strumenti che verranno impiegati, sul metodo operativo e sui vantaggi conseguibili dai risultati, nonché sugli svantaggi della mancata esecuzione della procedura.

Alle domande da me poste è stato risposto dal Dott. ....  
in modo comprensibile e sufficiente.

Luogo e data.....

Firma del paziente.....

Confermo che ho spiegato la natura e gli scopi della procedura di cui sopra.

Firma del medico.....