
NOTA INFORMATIVA PER LA SEDAZIONE COSCIENTE

Che cosa è: la Sedazione Cosciente è una condizione di rilassamento e sonnolenza indotta dalla somministrazione di farmaci in cui il paziente conserva la capacità di respirare autonomamente, rispondere agli stimoli tattili e cooperare ai comandi verbali.

Come si svolge: la Sedazione Cosciente viene ottenuta mediante la somministrazione endovenosa e in piccole dosi frazionate di un farmaco sedativo appartenente alla categoria delle benzodiazepine (*midazolam, delorazepam, ecc.*).

A cosa serve: l'obiettivo della Sedazione Cosciente è di ridurre il senso di ansia, claustrofobia e disagio per il paziente e rendere più tollerabile l'esecuzione dell'indagine diagnostica.

Controindicazioni: la somministrazione di benzodiazepine è controindicata in soggetti conipersensibilità e/o reazioni allergiche pregresse. È inoltre controindicata in gravidanza e durante l'allattamento, in presenza di miastenia grave, apnea da sonno, insufficienza epatica o renale, insufficienza respiratoria, insufficienza cardiaca o in casi di abuso di alcool, droga o farmaci.

Effetti collaterali: in rari casi, la procedura può comportare effetti collaterali anche gravi, tra cui:

- Sintomi locali nel punto di iniezione, come arrossamento, indurimento e/o tromboflebiti;
- Senso di confusione, capogiri, annebbiamento della vista, perdita dell'equilibrio;
- Alterazione della pressione arteriosa e/o della frequenza e del ritmo cardiaco;
- Problemi cardio-respiratori (depressione respiratoria, apnea, arresto respiratorio o cardiaco);
- Isolati casi di broncospasmo e reazioni allergiche di gravità variabile in soggetti predisposti.

Preparazione: il paziente deve rispettare il digiuno dai cibi solidi e liquidi (latte, succhi di frutta) ed astenersi dall'assunzione di bevande alcoliche da almeno 6 ore, ed astenersi dal bere acqua da almeno 2 ore. Il paziente deve preventivamente informare il proprio Medico Curante per valutare eventuali incompatibilità delle terapie farmacologiche attualmente in uso.

Limitazioni successive alla procedura: il paziente deve recarsi presso il centro in presenza di un accompagnatore maggiorenne. Al termine della procedura, il paziente dovrà rimanere sotto osservazione del medico anestesista fino al suo benessere per lasciare il centro. Il paziente dovrà tassativamente astenersi dalla guida di veicoli di qualsiasi genere (biciclette, motoveicoli o auto), dall'impiego di macchinari e strumenti potenzialmente pericolosi, nonché dall'eseguire lavori impegnativi o prendere decisioni legali nelle 24 ore successive alla procedura.

Questionario Anamnestico: il questionario anamnestico ha lo scopo di accertare l'assenza di controindicazioni alla Sedazione Cosciente. Tale questionario deve essere attentamente compilato dal paziente in tutte le sue parti, poiché per escludere sussistano controindicazioni ed autorizzare la procedura il medico anestesista si avvale delle risposte fornite dal paziente. La controfirma del paziente a piè della medesima pagina, in calce alla formula del consenso, garantisce anche la sua piena consapevolezza delle gravi conseguenze che possono rivestire risposte falsi o mendaci ai quesiti sottopostigli.

Centro Sicurezza Lavoro Service s.r.l.

Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Sunago S.r.l.

P.I. e C.F. 05259171006 - Determinazione (GSA) n. G13235 del 8/10/2024 - D.S. Dott. L. Rondini

QUESTIONARIO ANAMNESTICO E CONSENSO INFORMATO ALLA SEDAZIONE COSCIENTE

<u>DATI DEL PAZIENTE</u>	
Cognome: _____	Nome: _____
Data di Nascita: ____/____/____	Luogo di Nascita: _____
Comune di residenza: _____	Indirizzo: _____
Data analisi: ____/____/____	Creatinina: ____mg/dl eGFR: ____ml/min/1.73m ²

<u>QUESTIONARIO ANAMNESTICO</u>	
È mai stato sottoposto a Sedazione Cosciente in passato?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Ha mai avuto reazioni allergiche a farmaci, in particolare a benzodiazepine?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Reazioni allergiche note a farmaci o sostanze: _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
È in stato di gravidanza? (ultime mestruazioni avvenute il ____/____/____)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
È affetto dalle seguenti patologie o condizioni di salute?	
• Asma bronchiale, orticaria, insufficienza e/o depressione respiratoria	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
• Insufficienza renale e/o funzionalità renale ridotta e/o compromessa	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
• Insufficienza epatica e/o funzionalità epatica ridotta e/o compromessa	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
• Insufficienza cardiaca e/o funzionalità cardiaca ridotta e/o compromessa	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
• Miastenia grave	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
• Problemi attuali o pregressi legati all'abuso di alcool, droghe o farmaci	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

AUTORIZZAZIONE ALLA SEDAZIONE COSCIENTE (compilazione a cura del personale medico)

Considerati i valori di dosaggio della creatinina e dell'eGFR, preso atto delle risposte fornite dal paziente nel questionario anamnestico ed espletata l'eventuale visita medica, il paziente è ritenuto idoneo alla Sedazione Cosciente con il farmaco: _____

Data: _____ **Firma del Medico Anestesista:** _____ **Firma del Medico Radiologo:** _____

_____/_____/_____

CONSENSO INFORMATO ALLA SEDAZIONE COSCIENTE

Il sottoscritto _____ conferma di essere stato adeguatamente informato su rischi, controindicazioni ed effetti collaterali e, consapevole dell'importanza delle risposte fornite, acconsente ad essere sottoposto alla Sedazione Cosciente.

Data: _____ **in qualità di:** _____ **Firma:** _____

_____/_____/_____ **paziente** **genitore**

tutore **rappr. legale** _____