

Ospedale Mater Salutis - UOC di Pneumologia  
 Direttore Dr. Claudio Micheletto

**ESAME ENDOSCOPICO BRONCHIALE  
 MODULO INFORMATIVO**

<b>L'esame</b>	E' un esame che permette di raggiungere, con un ottimo margine di sicurezza e con un elevato grado di affidabilità, non solo il sistema tracheobronchiale, ma anche settori del parenchima polmonare e quindi di indagare patologie nell'ambito delle vie respiratorie centrali e periferiche
<b>Dove</b>	SC di Pneumologia, presso il Servizio di Broncoscopia
<b>Responsabile</b>	Dr. Claudio Micheletto – tel. 0442622213
<b>Preparazione</b>	L'esame è generalmente preceduto dall'esecuzione di alcuni esami ematologici (emocromo, INR, azotemia, creatinina), radiologici (RX torace standard e/o TAC) e, quando richiesto dal Pneumologo, un ecg. E' previsto un digiuno di almeno 8 ore. Al momento dell'accettazione è importante segnalare la presenza di malattie o terapie in atto, specificando se si è affetti da eventuali allergie
<b>Esecuzione</b>	Per rilassare il paziente e per ridurre il disagio viene eseguita una premedicazione con farmaci sedativi, somministrati per via endovenosa, ed un'anestesia locale, tramite spray ed instillazione con il broncoscopio. Dopo la fase di preparazione uno strumento flessibile chiamato fibrobroncoscopio, sarà inserito attraverso la bocca o il naso. Il fibrobroncoscopio sarà poi spinto nelle vie respiratorie per una visione e per eventualmente ottenere dei campioni delle secrezioni e/o dei tessuti. Il broncoscopio non determina ostruzione completa delle vie respiratorie e pertanto non compromette la respirazione. La respirazione sarà comunque tenuta sotto controllo mediante un apparecchio chiamato pulso-ossimetro che consente di valutare la necessità di somministrare ossigeno supplementare. La durata dell'esame è in media di 10-15 minuti ma la durata complessiva, comprendente anche il successivo monitoraggio, è di circa 1 ora.
<b>Effetti collaterali e/o complicanze</b>	Dopo qualche ora dall'esame potrà comparire un lieve bruciore alla gola o una modesta raucedine che regrediranno spontaneamente in uno o due giorni. Le complicanze sono rare, ma nel caso comparisse difficoltà respiratoria, febbre elevata, oppure tosse con abbondante espettorazione ematica, sarà opportuno rivolgersi ad un Medico.
<b>Standard di prodotto</b>	<u>Complicanze minori</u> (ipotensione, febbre, aritmia, sanguinamento, broncospasmo, nausea e vomito, pneumotorace, reazione psicotica, afonia), in Letteratura = 6.5 % <u>Complicanze maggiori</u> (Pneumotorace ipertensivo, polmonite, edema polmonare, emorragia > 500 ml), in Letteratura = 0.4 %
<b>Dopo l'atto sanitario</b>	Al termine dell'esame, dopo un periodo di osservazione variabile in base all'andamento dell'esame stesso, si può tornare al domicilio, ma è opportuno: <ul style="list-style-type: none"> <li>• non guidare</li> <li>• rimanere a digiuno per altre 2 ore</li> <li>• rimanere a riposo per 24 ore</li> </ul>

<b>Contro indicazioni</b>	Le controindicazioni assolute sono: recente infarto (ultimi tre mesi), recente ischemia o emorragia cerebrale (ultimi tre mesi), aneurisma aortico, scompenso cardiaco, ipertensione arteriosa non controllata dalla terapia, epilessia, gravidanza, grave ipossiemia, broncospasmo in atto, severe coagulopatie. Le controindicazioni relative sono: asma bronchiale instabile, sindrome cavale superiore, metastasi cerebrali, insufficienza respiratoria ipercapnica. Il medico Broncoscopista valuterà comunque la documentazione, i parametri vitali e le condizioni del paziente prima di eseguire l'esame.
---------------------------	---

### ESAME ENDOSCOPICO BRONCHIALE CONSENSO

Io sottoscritto/o \_\_\_\_\_  
informato sul significato dell'esame endoscopico, sulle modalità di esecuzione, sui possibili eventi avversi, dichiaro che non sussistono nessuna delle controindicazioni.  
Dichiaro inoltre di aver compreso le informazioni fornite sulla esecuzione e sui rischi connessi all'esame e di **acconsentire** all'esecuzione dell'esame stesso.

Data \_\_\_\_\_ Firma del paziente \_\_\_\_\_

Firma del medico che ha fornito le informazioni \_\_\_\_\_

### NON CONSENSO

Io sottoscritto/o \_\_\_\_\_  
informato sul significato del test, sulle modalità di esecuzione e sulle controindicazioni, dichiaro inoltre di aver compreso le informazioni fornite sulla esecuzione e sui rischi connessi all'esame e di **non acconsentire** all'esecuzione dell'esame stesso.

Data \_\_\_\_\_ Firma del paziente \_\_\_\_\_

Firma del medico che ha fornito le informazioni \_\_\_\_\_

Le ricordiamo che il suo consenso è revocabile in qualsiasi momento e che un suo eventuale rifiuto non comporterà alcuna conseguenza per quanto riguarda la prosecuzione dell'assistenza secondo necessità. Nel caso in cui decida di revocare il suo consenso dovrà rivolgersi al personale sanitario che provvederà a registrare tale revoca e ad annullare eventuali impegni/prenotazioni già stabiliti