



BURLO

**ATTO SANITARIO pH-METRIA O pH-IMPEDENZOMETRIA
ESOFAGO-GASTRICA**

TRIESTE,

Dipartimento di Medicina e dei Trapianti di midollo osseo
SCU Clinica pediatrica - SS Gastroenterologia e nutrizione clinica
[Centro di riferimento regionale per la diagnosi e la cura della malattia celiaca](#)

PARTE A

Io/noi sottoscritto/a/i
in qualità di assistito madre padre genitori tutore altro (specificare)
e responsabile/i della compilazione dei dati sottoindicati:

DATI IDENTIFICATIVI

**Dati identificativi
dell'assistito**

Etichetta

Cognome Nome.....
Nato a.....il
Residente aCAP.....
in Via.....

**Dati dei genitori o del
titolare della potestà
genitoriale*:**

Nome e cognome dei genitori
Madre Cognome Nome.....
Nato a.....il
Residente aCAP.....
in Via.....

Padre Cognome Nome.....
Nato a.....il
Residente aCAP.....
in Via.....

Titolare potestà genitoriale
Cognome Nome.....
Nato a.....il
Residente aCAP.....
in Via.....

**In caso di minore vi è la necessità del consenso fornito da entrambi i genitori, o da chi, giuridicamente, ne fa le veci. Tale assunto non si modifica anche qualora il minore sia affidato ad uno dei genitori, i quali risultino separati o divorziati, come dagli stessi dichiarato. L'opinione del minore, nella misura in cui lo consente la sua età e il suo grado di maturità, è presa in considerazione.*

**In caso di presenza di uno solo dei due genitori, quest'ultimo, sotto la propria responsabilità, dovrà dichiarare l'assenso del genitore assente, attraverso modello di autocertificazione (Mod 0199)*

**In caso di presenza del solo legale rappresentante va allegata la documentazione che indica i poteri conferiti.*

DICHIARO/DICHIARIAMO

di essere stato/a/i informato/a/i in maniera chiara, completa e comprensibile

dal dott. _____

(se del caso) con il supporto del mediatore culturale Sig. _____

**Istituto di Ricovero e Cura a
Carattere Scientifico pediatrico
Burlo Garofolo**

Ospedale di alta specializzazione e di rilievo nazionale per la salute della donna e del bambino

• 34137 Trieste • via dell'Istria 65/1 • tel.+39.040.3785.397 • fax +39.0403785.452 • cf. 00124430323 •

Riguardo gli argomenti seguenti:

DIAGNOSI / CONDIZIONI CLINICHE

ATTO SANITARIO

La **PH-METRIA ESOFAGO-GASTRICA** è un esame diagnostico che permette di valutare il grado di acidità dell'esofago e dello stomaco. Esso costituisce attualmente il test più sensibile e specifico per la diagnosi del reflusso gastro-esofageo acido.

Il test consiste nell'introdurre un sottile sondino naso-gastrico (monouso, cioè dedicato al singolo bambino) in cui sono inseriti due sensori che rilevano, mediante il collegamento con un pHmetro portatile, il pH di stomaco ed esofago per un periodo di tempo *in genere* non inferiore alle 18-24 ore. Nella pH-impedenzometria vi è un solo sensore acido esofageo e più sensori esofagei per la valutazione degli episodi di reflusso non acido. Dopo la registrazione i dati vengono scaricati ed elaborati da un personal computer con software dedicato.

Il sondino viene applicato da personale infermieristico esperto e l'esame refertato da un medico pediatra.

A volte il test viene appositamente eseguito in corso di terapia specifica anti-reflusso.

Dopo l'inserimento del sondino è necessario un controllo radiologico dello stesso al fine di verificare il corretto posizionamento dei sensori a garanzia dell'attendibilità del test.

ESITI PREVEDIBILI (BENEFICI) DEL TRATTAMENTO PROPOSTO

Il test costituisce attualmente il test più sensibile e specifico per la diagnosi del reflusso gastro-esofageo acido. La pH-impedenzometria permette di valutare anche i reflussi non acidi.

L'indicazione all'indagine è stata attentamente valutata dagli specialisti ed il suo risultato sarà importante ai fini di una corretta gestione delle problematiche cliniche presentate dal paziente.

LE EVENTUALI ALTERNATIVE (CON VANTAGGI E RISCHI)

Non esistono a tutt'oggi alternative al test.

RISCHI E COMPLICANZE EVENTUALI DEL TRATTAMENTO

Durante l'esame, solitamente ben tollerato dal paziente, si possono verificare:

modesto sanguinamento nasofaringeo da traumatismo

conati di vomito e tosse (solitamente durante o subito dopo l'applicazione del sondino)

dislocamenti del sondino (fortuiti o provocati dal bambino che potrebbe anche sfilarselo) con possibili problemi sull'attendibilità del test

malfunzionamenti tecnici imprevedibili (prima dell'applicazione del sondino lo stesso viene infatti tarato e testato in vitro per verificarne il corretto funzionamento) che potrebbero inficiare il risultato finale dell'esame

ALTRI PROBLEMI

/

NOTE

/

PARTE B

ACQUISIZIONE DEL CONSENSO

DICHIARO/DICHIARIAMO

Di essere a conoscenza della possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento prima del Atto/trattamento sanitario proposto e di:

ACCETTARE

NON ACCETTARE

Liberamente, spontaneamente ed in piena coscienza il mio consenso all'atto sanitario proposto

Data

Firma leggibile dell'assistito/a e/o del/i legale/i rappresentante/i

Altri (specificare)

Il Medico (timbro e firma leggibile)

PARTE C

DIRITTO DI REVOCA¹

DICHIARO/DICHIARIAMO DI VOLERE REVOCARE IL CONSENSO

Data

Firma leggibile dell'assistito/a e/o del/i legale/i rappresentante/i

¹ Il paziente ha il diritto di revocare in qualsiasi momento il consenso prestato, eventualmente anche nell'immediatezza della procedura sanitaria che si sta ponendo in essere; la natura contrattuale del consenso determina che per essere giuridicamente valido esso debba inoltre rispondere ai requisiti "libero" [esente da vizi, coercizioni, inganni, errori; non può essere esercitata alcuna pressione psicologica per influenzare la volontà del paziente, pena la nullità del consenso] e "relativo al bene disponibile" [l'integrità psicofisica non è un diritto di cui la persona può disporre senza alcun limite]