

Modulo consegnato al paziente il giorno alle ore

1 DICHIARAZIONE DI INFORMAZIONE

Io sottoscritto

dichiaro di essere stato informato dal Dott./Prof.

in modo chiaro, comprensibile ed esaustivo, con adeguato anticipo, mediante colloquio e consegna di materiale informativo, sulla natura e sullo stato dell'attuale quadro clinico, nonché sulla conseguente indicazione ad eseguire

(Indicare la procedura/le procedure)

In relazione alla specifica procedura/procedure proposte mi sono state fornite ulteriori informazioni tra cui quelle contenute nell'opuscolo informativo allegato, del quale mi è stata anche consegnata copia e che è parte integrante del presente documento di consenso.

Dichiaro, in particolare, di essere stato informato riguardo a:

- necessità del digiuno (**almeno 6 ore per i solidi e 2 ore per i liquidi**);
- adempimenti preliminari, modalità di svolgimento, tempi della procedura e dell'eventuale degenza;
- valutazione dell'assetto coagulativo con relativi interventi correttivi;
- tipologia e organizzazione della **STRUTTURA SANITARIA, con eventuale collaborazione/partecipazione** attiva di personale in formazione, con l'assistenza di tutor, e/o di specialisti già formati, eventuali carenze della stessa (assenza di Rianimazione e Terapia intensiva, Emodinamica, Centro trasfusionale, altro) e carenze/inefficienze di tipo transitorio (.....);
- indicazione, in caso di necessità, a praticarmi trasfusione di sangue o emoderivati;
- eventuale necessità di metodiche integrative (radiologiche, radiologiche interventistiche, chirurgiche, altro (.....) conseguenti al mancato completamento/insuccesso della procedura proposta;
- esistenza di alternative diagnostico-terapeutiche in relazione al quadro clinico, con specifici limiti e vantaggi rispetto alla procedura propostami;
- possibile evoluzione della malattia/quadro clinico in caso di rifiuto della procedura;
- in ordine alle complicanze, mortalità, controindicazioni e principi di tecnica, mi è stata fornita ampia e specifica informazione, nonché consegnato l'opuscolo allegato che tale informazione riassume ed illustra. Mi è stato anche spiegato che le percentuali riportate aumentano in relazione a particolare complessità anatomica o a situazioni cliniche particolarmente critiche
- possibilità, compatibilmente con la dotazione strumentale, che vengano effettuate riprese fotografiche o video per documentare la presenza di patologie importanti o particolari.

GESTIONE DELLE COMPLICANZE

Mi è stato chiaramente spiegato che in caso di complicanze/insuccesso dell'intervento endoscopico potrebbe rendersi necessario, per risolvere il nuovo quadro clinico, un trattamento medico, chirurgico o radiologico, immediato o differibile, in relazione alla situazione, eseguibile presso la stessa struttura ospedaliera o in altro ambiente.

Inoltre mi è stato spiegato che, ove sopravvenisse una condizione clinica che imponga decisioni in emergenza (**stato di necessità**), i sanitari procederanno secondo la migliore pratica per la salvaguardia della mia salute.

In tale evenienza (nell'impossibilità cioè di essere interpellato) desidero che i Sanitari informino del loro programma terapeutico il Sig./la Sig.ra purché presente in Ospedale.

SEDAZIONE

Acconsento di essere sottoposto a sedazione/analgesia finalizzata a ridurre il dolore/fastidio e a facilitare l'esecuzione dell'esame; mi è stato riferito che nel corso della procedura verranno costantemente monitorati i principali parametri vitali che saranno riportati sulla scheda infermieristica allegata, prima, durante e dopo la procedura (saturazione di ossigeno, pressione arteriosa, frequenza cardiaca; se le condizioni cliniche lo richiedono sarà monitorata l'attività elettrocardiografica e sarà somministrato ossigeno per mantenere/ristabilire

un adeguato livello di saturazione); sono stato anche informato delle possibili complicanze. Le più frequenti sono le reazioni allergiche ai farmaci utilizzati per la sedazione, come il broncospasmo o l'orticaria, problemi cardio-respiratori, come l'alterazione della pressione arteriosa, della frequenza e del ritmo cardiaco, la depressione respiratoria con apnea, fino a giungere in casi molto rari all'arresto respiratorio e/o cardiaco (complicanze gravi 1-3 su mille, con mortalità complessiva < 0.3/1000) ed in rari casi dolore nel punto di iniezione dei farmaci con infiammazione della vena. Sono stato informato della possibilità di somministrazione di farmaci antagonisti della sedazione/analgesia per ottenere un adeguato risveglio; sono stato informato inoltre sull'impossibilità di condurre auto-motoveicoli e sul divieto di osservare condotte che richiedano una particolare attenzione nelle 24 ore successive alla procedura.

Sono stato avvisato che, se sottoposto a sedo/analgesia, potrò lasciare l'ambulatorio solo se accompagnato da un adulto.

Accenso Firma Non Accenso Firma

SEDAZIONE PROFONDA/ANESTESIA

Qualora la procedura si svolgesse in sedazione profonda/anestesia, praticata dall'anestesista, la firma del consenso con la relativa modulistica sarà gestita anche dall'anestesista.

Tutto ciò premesso, avendo compreso quanto rappresentatomi dai sanitari/dal soggetto da me delegato a ricevere le informazioni

A. ADESIONE ALLA PROCEDURA

ACCETTO DI ESSERE SOTTOPOSTO ALLA PROCEDURA PROPOSTA COMPRESA OGNI MANOVRA CONNESSA E COMPLEMENTARE

Firma del paziente

Firma dell'esercente la patria potestà o del tutore

Firma dell'eventuale testimone

Firma dell'interprete/delegato (il quale attesta di aver ricevuto tutte le informazioni di cui sopra e di averle trasmesse al paziente)

.....

DICHIARAZIONE DEL MEDICO

Io sottoscritto Dott./Prof confermo, contestualmente alla firma del paziente, che lo stesso ha interamente compreso tutto quanto sopra esposto, **compresi gli aspetti amministrativi e medico legali** (vedasi punto 4), dopo adeguata informazione e lettura dell'opuscolo integrativo.

Firma leggibile del medico che ha informato il paziente

Data

B. RIFIUTO CONSAPEVOLE

Avendo compreso contenuti e finalità delle informazioni fornite, non acconsento a sottopormi alla procedura proposta.

Firma del paziente Data

2 ALTERNATIVE - RINUNCIA ALL'INFORMAZIONE/DELEGA A TERZI

Dichiaro, ai fini dell'acquisizione del consenso, di aver espresso piena fiducia nelle scelte e nell'operato dei Sanitari, e di aver quindi rinunciato consapevolmente a qualsiasi informazione dai medesimi proposta.

Firma Data

Delego il Sig. (che sottoscrive per accettazione) a raccogliere le informazioni dei Sanitari a seguito delle quali mi riservo di esprimere/negare il consenso alle procedure proposte.

Firma Delegato

3 REVOCA DEL CONSENSO IN CORSO D'ESAME

Firma Data

Il sottoscritto acconsente (D. Lgs. 196/2003) al trattamento dei propri dati personali per finalità di tutela della salute.

4 Proposta di clausola conciliatoria da utilizzare qualora le parti decidano di far ricorso a: PROCEDURA DI MEDIAZIONE SANITARIA/CONCILIAZIONE STRAGIUDIZIALE

Il sottoscritto dichiara di essere stato informato dalla Struttura sanitaria che, in caso di contenzioso medico-legale, è obbligatorio ricorrere al procedimento di mediazione, disciplinato dal d. lgs. 4 marzo 2010, n.28, di recente modificato dall'art 84, comma 1, del DL 21 giugno 2013, n.69 convertito con modificazioni dalla L.9 agosto 2013, n.98 ; ne deriva quindi che :

- a)** L'esperimento del procedimento di mediazione, da attivarsi presso un Organismo di mediazione iscritto in apposito Registro tenuto dal Ministero della Giustizia, è condizione di procedibilità della domanda giudiziale, avente ad oggetto risarcimento del danno derivante da responsabilità medica e sanitaria
 - b)** La condizione di procedibilità si considera avverata se il primo incontro davanti al conciliatore si conclude senza l'accordo e, in tal caso, all'Organismo di conciliazione non è dovuto alcun compenso
 - c)** È obbligatoria la presenza dell'avvocato tanto al primo che ai successivi incontri
 - d)** Quando ne ricorrano le condizioni, è possibile avvalersi del gratuito patrocinio a spese dello Stato per la gestione del procedimento
 - e)** Sussistono i seguenti benefici fiscali connessi all'utilizzo della procedura e precisamente:
 - 1)** possibilità di giovare di un credito di imposta commisurato all'indennità corrisposta all'Organismo di mediazione fino alla concorrenza di 500 euro, in caso di successo; detto credito è ridotto alla metà in caso di insuccesso
 - 2)** tutti gli atti, documenti e provvedimenti relativi al procedimento di mediazione sono esenti dall'imposta di bollo e da ogni spesa, tassa o diritto di qualsiasi specie o natura
 - f)** Il verbale di accordo (che costituisce titolo esecutivo per l'espropriazione forzata, l'esecuzione per consegna o rilascio, l'esecuzione degli obblighi di fare o non fare, nonché per l'iscrizione dell'ipoteca giudiziale laddove sottoscritto da tutte le parti aderenti alla mediazione e dagli avvocati che le assistono) è esente dall'imposta di registro entro il limite di valore di 50.00 euro e, in caso di valore superiore, l'imposta è dovuta solo per la parte eccedente
 - g)** Il professionista/l'Azienda Ospedaliera/il Poliambulatorio/il Centro medico/... hanno\ non hanno sottoscritto una polizza assicurativa di responsabilità civile con la Compagnia o dispongono\ non dispongono di un fondo risarcitorio della "Struttura sanitaria" o della Regione, ove risulta peraltro inserita, o che contempla, una clausola relativa al coinvolgimento delle parti alla procedura di mediazione per la conciliazione delle controversie. Per potersi avvalere eventualmente di tale clausola è necessario che la richiesta di mediazione sia inoltrata anche alla Compagnia assicuratrice.
-

INFORMATIVA

Enteroscopia assistita da device

Che cos'è la enteroscopia assistita da device

È un esame endoscopico che permette di visualizzare e trattare contestualmente le patologie dell'intestino tenue; questo esame viene eseguito con uno strumento dedicato, l'enteroscopio, di circa 2 metri di lunghezza, analogo al colonscopio, dotato in punta di una sorgente luminosa e di una piccola telecamera che invia le immagini ad un processore e quindi ad uno schermo.

Come si esegue l'esame

L'esame si esegue con il paziente in decubito laterale sinistro o, se necessario, in decubito supino e possono essere effettuate delle manovre di compressione addominali analoghe a quelle che si eseguono nella colonscopia, utili a far avanzare lo strumento nelle anse intestinali. Tali procedure generalmente sono eseguite in regime di ricovero ospedaliero o in day hospital; a seconda della complessità della procedura viene impiegata la sedazione profonda o l'anestesia generale con intubazione oro-tracheale.

Lo strumento viene fatto progredire nel viscere sfruttando l'azione di ancoraggio di uno (singolo pallone) o di due (doppio pallone) palloncini gonfiabili posti all'estremità terminale dell'endoscopio stesso e di una sonda coassiale (overtube) montata sull'enteroscopio.

Un altro sistema di progressione dello strumento prevede l'utilizzo di un overtube dotato di una spirale che avanza nel viscere con un meccanismo simile a quello di una vite, facendo scorrere le anse intestinali lungo la spirale. I suddetti sistemi introdotti da pochi anni consentono di osservare l'intestino tenue sia per via orale che per via anale e di eseguire una panenteroscopia. Non sempre tuttavia, nonostante l'utilizzo di entrambe le due vie di accesso, si riesce ad esplorare l'intero intestino. In genere è possibile effettuare una esplorazione completa del viscere nel 40-60% dei casi a seconda dell'esperienza dell'operatore e delle caratteristiche del paziente.

L'enteroscopia ha una durata variabile dai 30 minuti alle due ore e ciò dipende dalla complessità dell'esame e dai trattamenti che il medico deciderà di mettere in atto durante l'esame.

Inoltre durante l'esecuzione della procedura può essere utile anche l'apporto della radiologia per verificare l'eventuale formazione di anse patologiche e la loro risoluzione o in caso di procedure terapeutiche complesse. Durante la procedura saranno costantemente monitorate la frequenza cardiaca, il livello di ossigeno nel sangue, la pressione arteriosa ed ove le condizioni cliniche lo richiedano sarà applicato il monitor elettrocardiografico e somministrato ossigeno per mantenere un'adeguata saturazione nel sangue. Le rilevazioni dei parametri vitali prima, durante e dopo la procedura saranno riportate sulla cartella infermieristica.

La preparazione all'enteroscopia

L'esame si esegue dopo una idonea pulizia intestinale che può essere costituita solo dal digiuno nell'ap-proccio orale; se la via di introduzione dello strumento dovesse essere quella anale (via retrograda) è raccomandata un'accurata toeletta intestinale (come per una colonscopia tradizionale) dal momento che la buona riuscita dell'indagine dipende molto dalla corretta pulizia del viscere. È indispensabile, pertanto, che il paziente aderisca

a tutte le norme indicate dal Centro di endoscopia, riportato nel foglio di preparazione all'esame.

Nel colloquio precedente l'esame è indispensabile che il medico venga informato di eventuali malattie e/o allergie di cui il paziente soffre, se il paziente assume farmaci e se è portatore di pacemaker o di altra apparecchiatura impiantabile che possa interferire con strumenti elettromedicali.

Nel caso in cui il paziente assuma farmaci anticoagulanti e/o antiaggreganti, in previsione dell'esame, potrebbe rendersi necessaria la loro sospensione o sostituzione previo consulto con lo specialista di riferimento. In condizioni cliniche particolari, può rendersi necessario l'utilizzo di farmaci che permettano il ripristino di valori adeguati dei test di coagulazione

Nel caso di allergia al lattice si renderà necessario uno specifico allestimento della sala di endoscopia e l'utilizzo di materiali particolari.

In previsione di particolari atti endoscopici operativi, sulla scorta dell'anamnesi del paziente, degli esami clinico-strumentali eseguiti in precedenza e dell'esistenza di possibili fattori di rischio, sarà considerata l'opportunità di eseguire test ematici per la valutazione dell'assetto coagulativo.

In previsione di atti endoscopici operativi sulla scorta dell'anamnesi del paziente, dell'esame clinico e dell'esistenza di possibili fattori di rischio sarà considerata la necessità di eseguire i test di valutazione dell'assetto coagulativo: tempo di protrombina (PT), tempo di protrombina parziale (PTT), INR (International Normalized Ratio), emocromo, fibrinogeno.

Eventuali protesi dentarie mobili dovranno essere rimosse prima dell'esame.

■ **Procedure integrative a finalità diagnostica che possono essere attuate durante l'enteroscopia**

- **Biopsie.** In corso di enteroscopia è possibile eseguire, se necessario, prelievi biotipici di frammenti di tessuto per l'esame istologico (prelevati con una specifica pinza) o di campioni cellulari per l'esame citologico (acquisiti con un particolare spazzolino).
- **Cromoendoscopia.** L'utilizzo endoscopico di coloranti vitali (soluzione di lugol, cristal violetto) o di contrasto (indaco di carminio), permette, laddove indicato, un miglioramento della definizione morfologica di alcune lesioni (individuazione dei margini, di eventuali residui dopo resezioni endoscopiche). I coloranti si spruzzano sulla mucosa attraverso un cateterino o direttamente attraverso il canale operativo dell'endoscopio.
- **Tatuaggio.** L'utilizzo dell'inchiostro di china o della soluzione di carbone sterile permette il tatuaggio delle lesioni neoplastiche per facilitarne l'individuazione in corso di trattamenti endoscopici o di interventi chirurgici, soprattutto per via laparoscopica. Il tatuaggio viene anche praticato per marcare il punto di massima inserzione dell'enteroscopia che rappresenterà un utile repere, in caso di completamento dell'esplorazione con approccio opposto. A seguito dell'utilizzo dell'inchiostro di china sono state riportate in letteratura complicanze severe (0.2-5.6%) consistenti in peritoniti focali, ematomi infetti, formazione di ascessi, aderenze post-operatorie e disseminazione tumorale; inoltre sono riferiti casi di spandimento intraperitoneale della sostanza (fino al 14.3%). L'utilizzo del carbone sterile negli ultimi anni ha ridotto il tasso delle complicanze (0-2%).

■ **Complicanze dell'enteroscopia diagnostica**

- **Cardiorespiratorie.** Ipossiemia, bradicardia, apnea, sincope, polmonite ab-ingestis sono solitamente legate alla sedazione e la loro incidenza complessiva è, comunque, inferiore 1% dei casi. Il monitoraggio da parte dell'anestesista dei parametri vitali prima, durante e dopo l'esame evita nella maggior parte dei casi l'insorgere

di tali complicanze. Nel caso della comparsa durante la procedura di eventi cardiorespiratori acuti l'anestesista metterà in atto tutte le misure efficaci al ripristino delle funzioni cardiorespiratorie.

- **Pancreatite acuta.** È un evento raro (0.3%), di solito di lieve entità ma può essere severo; viene trattato con terapia medica e prolungamento del ricovero.
- **Perforazione intestinale.** Seppur rara (0.1% dei casi), è associata a condizioni predisponenti come la presenza di aderenze da pregressi interventi chirurgici, infiammazioni, stenosi del lume.
- **Sanguinamento.** Evento raro che può verificarsi fino al 0.8% dei casi.

Procedure integrative a finalità operativa che possono essere attuate durante l'enteroscopia

- **Polipectomia.** È una tecnica endoscopica che prevede l'asportazione di lesioni polipoidi sessili o peduncolate del tratto gastrointestinale, mediante l'utilizzo di anse diatermiche di diversa forma e dimensione, collegate ad un elettrobisturi che eroga corrente diatermica (taglio puro, coagulazione e mista). Le complicanze più frequenti sono rappresentate dalla perforazione e dall'emorragia (1-6%); la mortalità è dello 0.25%.
- **EMR o mucosectomia.** L'EMR (resezione mucosa endoscopica) è una tecnica endoscopica che prevede l'asportazione di lesioni non polipoidi di dimensioni variabili. Esistono varie tecniche di mucosectomia: quella più comune è la tecnica "lift and cut" che prevede l'iniezione sottomucosa, mediante ago dedicato, di soluzioni saline o colloidali che sollevano la lesione (mucosa e la sottomucosa) dalla muscolatura propria. Successivamente il blocco sollevato viene resecato con ansa diatermica. Le complicanze più frequenti sono rappresentate dalla perforazione (0.2-5%) e dall'emorragia (fino al 12%); la mortalità è dello 0.25%.
Ustione trans-murale. È legata alla trasmissione di calore alla parete del viscere dovuta all'applicazione di corrente. Si manifesta con un quadro d'irritazione peritoneale (forte dolore addominale e febbre (0.003-0.1%)); di solito si risolve con terapia conservativa.
- **Emostasi.** Ha come obiettivo l'arresto di un'emorragia. Esistono numerosi accessori e tecniche di emostasi. La tecnica iniettiva prevede l'utilizzo di adrenalina diluita o di altre sostanze (sclerosanti, colle di fibrina); la tecnica meccanica si avvale di endoclips metalliche, banding mediante posizionamento di lacci elastici sui vasi sanguinanti; la tecnica termica utilizza la termo/fotocoagulazione, soprattutto mediante APC (Argon Plasma Coagulation). È anche possibile la combinazione di due o più tecniche, che secondo recenti lavori scientifici, determina un aumento della percentuale di successo del trattamento emostatico. La complicanza più frequente è rappresentata dalla perforazione in una percentuale dello 0.2-2.5%. La mortalità è connessa alle complicanze ed alla patologia che ha determinato l'evento emorragico.
- **Rimozione di corpi estranei.** Vari sono gli accessori che consentono la rimozione di corpi estranei ritenuti nel lume intestinale in seguito a particolari procedure diagnostiche (p.es video-capsula) o introdotti nello stesso accidentalmente o volontariamente. All'uopo possono essere utilizzati vari tipi di accessori: pinze da recupero (a becco d'anatra, a denti di coccodrillo, a denti di topo etc.), anse da polipectomia o accessori dedicati quali appositi cestelli o tripodi (pinza a tre branche). La manovra consiste nel afferrare il corpo estraneo preferibilmente in una delle sue estremità ed estrarlo delicatamente. I corpi estranei possono determinare occlusione intestinale. La complicanza più temuta è la perforazione, che dipende dal tipo di oggetto e dalla modalità di inserimento, traumatica o meno. Particolare attenzione deve essere posta nella gestione dei corpi estranei contenenti droghe (ovuli, condom); infatti la eventuale rottura durante le manovre di rimozione può portare all'assorbimento delle droghe (overdose) con rischio di morte.
- **Dilatazione di stenosi.** La dilatazione avviene inserendo, su filo guida precedentemente posizionato nel tratto stenotico, un dilatatore idro-pneumatico (palloncino a dilatazione progressiva). Possono essere ne-

cessarie più sedute per la risoluzione del problema in quanto la dilatazione per essere sicura ed efficace, deve essere lenta e graduale. Complicanze della dilatazione delle stenosi sono la perforazione (1.1%) l'emorragia (< 1%); la mortalità è inferiore allo 0.05%.

- **Posizionamento di endoprotesi.** L'endoprotesi è un dispositivo medico che consente di ripristinare e mantenere la pervietà del lume di un viscere. La procedura avviene posizionando un'endoprotesi metallica auto espansibile su filo guida inserito attraverso il tratto stenotico, e posizionato a monte dello stesso; l'endoprotesi viene fatta progredire sul filo guida attraverso il canale operativo dello strumento (TTS - Through The Scope).

L'endoprotesi può essere ricoperta, parzialmente ricoperta o non ricoperta; la manovra del posizionamento avviene sotto visione radiologica ed endoscopica. Le complicanze del posizionamento di endoprotesi sono la dislocazione della protesi (9.8-11.8%), la perforazione (3.7-4.5%), l'emorragia (< 4%), l'occlusione (7.3-12%); la mortalità è 0.1-0.6%.

Cosa succede dopo una enteroscopia assistita da device?

Dopo l'esame il paziente sarà tenuto in osservazione presso il Reparto dove è ricoverato fino al risveglio dalla sedazione, sia per rilevare l'eventuale comparsa di sintomi di allarme (dolore addominale, febbre, sanguinamento, etc.), sia per attendere la risoluzione completa dei postumi della sedazione (sonnolenza, capogiro, visione offuscata o doppia). La maggior parte dei pazienti tollera bene l'esame e riferisce al momento del risveglio una sensazione di gonfiore all'addome dovuto all'insufflazione di aria nel corso dell'esame per distendere il viscere. Ad ogni modo il paziente può essere dimesso solo se accompagnato e non può quindi guidare auto o motoveicoli o compiere manovre a rischio o che richiedano particolare attenzione nelle 24 ore successive alla procedura. La ripresa delle terapie in corso, dell'alimentazione e l'assunzione di liquidi sono concordate con i sanitari al momento della dimissione. A seguito di esame endoscopico, il paziente sarà escluso temporaneamente, per un periodo di 12 mesi, da una eventuale donazione di sangue.

Quali sono le alternative alla enteroscopia assistita da device

Unica alternativa endoscopica all'enteroscopia diagnostica assistita da devices è l'enteroscopia con videocapsula.

Le procedure di studio morfologico del tenue sono rappresentate da esami radiologici (transito del tenue per os, clisma del tenue attraverso sondino, entero-TAC) che espongono il paziente a radiazioni ionizzanti, e dall'entero-RMN. Negli ultimi anni l'ecografia delle anse intestinali ha avuto molto spazio nella pratica clinica quotidiana essendo un esame non invasivo che in mani esperte fornisce valide indicazioni sullo spessore della parete intestinale. Tutte le suddette metodiche morfologiche, pur essendo non invasive, permettono solo uno studio indiretto dell'intestino tenue, senza fornire informazioni sulla mucosa del viscere.

Come si disinfettano/sterilizzano gli strumenti

Al fine di garantire una prestazione sicura e libera da rischio infettivo per l'utente e per gli operatori sanitari, i dispositivi medici riutilizzabili (endoscopi e accessori poli-uso) sono puliti a fondo (superfici esterne e canali interni) immediatamente dopo ogni procedura con detergenti proteolitici, per rimuovere ogni materiale organico potenzialmente contaminante. A seguire, il materiale considerato semicritico (come l'endoscopia) è sottoposto a un ciclo di disinfezione di alto livello in specifiche lava endoscopi. Al termine

del ciclo di disinfezione gli endoscopi vengono asciugati e, se non utilizzati subito, sono riposti in appositi armadi areati che consentono lo stoccaggio verticale per proteggerli dalla polvere, da possibili fonti di contaminazioni e dalle alte temperature.

Gli accessori riutilizzabili (pinze, anse da polipectomia, ecc.), sono considerati strumenti critici e, dopo essere stati sottoposti ad accurato lavaggio, vengono sottoposti a un processo di sterilizzazione.

NOTA SUL MONOUSO: Gli accessori monouso vengono smaltiti, dopo l'impiego, secondo la normativa di legge vigente. A tutela della sicurezza degli utenti non è previsto il loro recupero e riutilizzo.