**Unità Operativa/Divisione: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Direttore/Responsabile: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***Dichiarazione di avvenuta informazione ed espressione del***

***consenso all’atto medico-chirurgico nei casi di EMORRAGIA DIGESTIVA***

COGNOME E NOME DEL PAZIENTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

COGNOME E NOME DEL MEDICO DELL’U.O. CHE FORNISCE L’INFORMAZIONE E ACQUISISCE IL CONSENSO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATA, ORA E LUOGO DI ACQUISIZIONE DEL CONSENSO, PREVIA INFORMATIVA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORMATIVA**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dichiaro di voler essere edotto sulle informazioni necessarie al rilascio del consenso al trattamento proposto, di **volere**  **non volere**  coinvolgere o incaricare in mia vece il familiare Sig/ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ o convivente Sig/ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ o fiduciario Sig/ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

A seguito delle informazioni somministrate, dichiaro di essere stato/a informato/a in modo completo, chiaro e per me comprensibile della sospetta patologia da cui sono affetto/a, che potrebbe consistere in:

**[ ] EMORRAGIA DIGESTIVA SUPERIORE: sanguinamento ad origine dalle prime vie digestive (esofago, stomaco, duodeno), di seguito le cause più comuni:**

* **Ulcera peptica, gastrica o duodenale;**
* **Erosioni gastro-duodenali;**
* **Gastrite/Duodenite emorragica;**
* **Varici esofagee;**
* **Sindrome di Mallory-Weiss (lacerazione della mucosa dell'esofago distale e dello stomaco prossimale causata da vomito violento);**
* **Neoplasie gastriche/duodenali;**
* **GIST**
* **Emobilia;**
* **Fistole aorto-duodenali;**
* **Malformazioni vascolari;**
* **Altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**[ ] EMORRAGIA DIGESTIVA INFERIORE: sanguinamento ad origine dal tratto inferiore del tubo digerente (intestino tenue, colon, retto), che può essere causata da:**

* **Malattia diverticolare complicata/Diverticolite Acuta;**
* **Neoplasie del tenue/colon;**
* **GIST**
* **Angiodisplasie;**
* **Coliti emorragiche e/o infettive;**
* **Malattie infiammatorie croniche;**
* **Diverticolo di Meckel;**
* **Colite ischemica;**
* **Ulcera solitaria del retto;**
* **Patologie anoettali**
* **Altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**[ ] ALTRO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

e che per la condizione acuta espostami, che potrebbe derivare anche da una considerevole molteplicità di patologie, è indicato ed inevitabilmente necessario un **intervento chirurgico urgente**, non essendo efficaci e/o percorribili ulteriori opzioni terapeutiche. Mi è stato spiegato che **la diagnosi potrebbe essere modificata sulla scorta dei riscontri intra-operatori**, dopo l’esplorazione ed ispezione minuziosa della cavità addominale. **Mi è stato altresì spiegato come la chirurgia rappresenti l'ultima alternativa terapeutica dopo il fallimento della terapia farmacologica, trasfusionale, endoscopica o radiologica interventistica.**

Sono stato/a informato/a che per la patologia sospettata l’intervento chirurgico potrebbe consistere in una esplorazione della cavità addominale (con tecnica mininvasiva laparoscopica/robotica o tradizionale) ed eventuale:

* **LEGATURA SELETTIVA VASCOLARE;**
* **GASTROTOMIA/ENTEROTOMIA;**
* **GASTRECTOMIA TOTALE/PARZIALE;**
* **RESEZIONE INTESTINALE SEGMENTARIA con possibile confezionamento di anastomosi**

**e/o di eventuale stomia;**

* **COLECTOMIA TOTALE;**
* **CONFEZIONAMENTO DI ENTEROCUTANEOSTOMIA;**
* **ALTRO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Dichiaro di aver ricevuto esaurienti spiegazioni con particolare riguardo a: diagnosi, prognosi, benefici e rischi sia degli accertamenti diagnostici sia dei trattamenti sanitari indicati. Mi sono state illustrate le possibili alternative, le conseguenze del mio rifiuto dei trattamenti e/o accertamenti diagnostici, nonché della mia rinuncia agli stessi.

Mi è stato spiegato che ho diritto di rifiutare in tutto o in parte gli accertamenti diagnostici o i trattamenti o revocare il consenso prestato e mi sono state illustrate le conseguenze di tali decisioni.

Mi è stato spiegato che ho diritto di rifiutare in tutto o in parte di ricevere le informazioni o indicare una persona incaricata di riceverle e di esprimere il consenso in mia vece e che tutto sarà annotato in cartella e nel fascicolo sanitario.

**Dichiaro di aver compreso che durante l’intervento chirurgico potrebbe rendersi necessario modificare la strategia chirurgica** sulla base della valutazione intraoperatoria della cavità addominale.

Mi è stato illustrato con chiarezza che potrebbe rendersi necessaria, in caso di intervento iniziato per via laparoscopica/robotica, per impedimenti di carattere tecnico, legati al paziente (ad esempio motivi cardio-respiratori) o di altra natura, **una conversione in laparotomia** (solitamente con un’incisione verticale al centro dell’addome o in altre sedi a discrezione del chirurgo), per poter addivenire alla corretta diagnosi e/o al fine di concludere l’intervento in sicurezza.

Dichiaro di essere stato/a informato/a sulla patologia da cui sono affetto/a, sugli eventuali trattamenti terapeutici possibili e sugli interventi chirurgici che vengono attualmente posti in essere secondo le linee guida nazionali ed internazionali. Sono altresì a conoscenza che ogni trattamento viene eseguito in scienza e coscienza non solo in base alla patologia ma anche in base alle caratteristiche del paziente stesso (età, comorbidità, rischi chirurgici ed anestesiologici).

Mi è stata fornita una chiara spiegazione riguardante il tipo di intervento, le finalità, i benefici, gli eventuali rischi, le possibili menomazioni che potrebbero derivare dall'intervento chirurgico al quale mi sottoporrò e che esiteranno una o più cicatrici.

Sono stato informato in modo chiaro ed esaustivo riguardo alle eventuali complicanze e/o conseguenze che possono derivare dall'intervento chirurgico proposto, indipendentemente dalla corretta esecuzione della procedura, di seguito elencate in modo esemplificativo e non esaustivo:

* **Emorragie ed ematomi postoperatori** che possono richiedere emotrasfusioni, angioembolizzazioni, procedure endoscopiche e/o radiologiche e/o re-interventi chirurgici, prolungamento del decorso postoperatorio e decorso in terapia intensiva**;**
* **Infezioni del sito chirurgico** che possono richiedere antibioticoterapie e/o medicazioni avanzate;
* **Formazione di raccolte o ascessi intra-addominali** **e/o intraparietali** che possono richiedere trattamenti percutanei e/o chirurgici;
* **Deiscenze anastomotiche** e successivo re-intervento chirurgico con eventuale confezionamento di stomia;
* **Insorgenza di ernie parastomali** o altre complicanze legate alla stomia;
* **Stenosi anastomotiche** che possono richiedere un trattamento endoscopico e/o chirurgico;
* **Deiscenze suture**,
* **Laparocele** (ernia in corrispondenza delle ferite chirurgiche), con necessità di ulteriore intervento chirurgico;
* **Lesioni di visceri cavi** che possono richiedere un re-intervento chirurgico (eventuali resezioni intestinali e/o eventuale confezionamento di stomia);
* **Lesioni della milza,** con conseguente necessità di dover eseguire una splenectomia; essa può comportare nel postoperatorio piastrinosi con aumento del rischio di trombosi e disturbi dell’immunità, i quali saranno prevenuti mediante la somministrazione di vaccini specifici;
* **Lesioni ureterali** con possibile confezionamento di uro/nefrostomia o posizionamento di stents endoluminali;
* **Colangiti; lesioni delle vie biliari**, che potrebbero richiedere il posizionamento di stent mediante esecuzione di ERCP o per via percutanea (PTBD) o il re-intervento con confezionamento di anastomosi bilio-digestivi;
* **Esiti cicatriziali** (aderenze peritoneali), che potrebbero esitare in disturbi della canalizzazione e/o in quadri occlusivi;
* **Occlusioni intestinali post-operatorie, immediate e/o tardive**;
* **Sindrome da malassorbimento;**
* **Sieromi**;
* **Necessità, in generale, di re-intervento chirurgico**;
* **Versamenti pleurici e polmoniti**;
* **Eventi acuti cardiaci e/o cerebrali**;
* Insorgenza di **trombosi venose profonde ed eventuale embolia polmonare**;
* Insorgenza di **insufficienza renale acuta**;
* **Lesioni pancreatiche e conseguente pancreatite acuta**, la cui evoluzione verso forme severe non è prevedibile;
* **Cheloidi**;
* **Lesioni dei grossi vasi con emorragia intraoperatoria**;
* **Altre complicanze**: includono enfisema sottocutaneo o mediastinico, embolia polmonare gassosa, ipercapnia (causato dalla diffusione dei gas utilizzati in chirurgia mininvasiva);
* **Complicanze da sepsi:** La sepsi rappresenta una grave infezione generalizzata del corpo. Può verificarsi come risultato di un'infezione che si sviluppa nella zona operata o si diffonde da altre parti del corpo;
* **Complicanze sistemiche** che coinvolgono il cuore, i polmoni, i reni, il fegato e il sistema nervoso. Queste complicanze possono variare in frequenza e gravità a seconda delle condizioni preesistenti. L'equipe medica adotterà misure preventive e monitorerà attentamente il paziente per rilevare e trattare tempestivamente eventuali complicanze sistemiche;
* **Decesso**: l'incidenza delle complicanze può essere influenzata da malattie preesistenti e dalla gravità della condizione clinica. In casi rari, le complicanze possano gravare fino a poter determinare, il decesso.

Possibili complicanze correlate alla tecnica Mini-invasiva (laparoscopica –Robotica):

* **Diffusione del gas** (anidride carbonica), utilizzato in corso della laparoscopia e/o della chirurgia robotica, nel tessuto sottocutaneo o in torace **(enfisema sottocutaneo o mediastinico)**.
* **Embolia polmonare gassosa**, causata dall’ingresso del gas (anidride carbonica), utilizzato in corso della laparoscopia e/o della chirurgia robotica, nei grossi vasi.
* **Ipercapnia**, che consiste nell’eccessivo assorbimento di anidride carbonica nel sangue

Mi è stato illustrato che in caso di rinuncia e/o rifiuto di trattamenti necessari per la mia sopravvivenza mi verranno chiarite le conseguenze, le possibili alternative e sarà promossa ogni possibile azione di sostegno affinché sia volontaria e consapevole la manifestazione della mia volontà.

Sono stato informato che la mia accettazione, revoca o rifiuto ai trattamenti saranno annotati in cartella e nel fascicolo elettronico sanitario.

Sono stato informato che comunque non posso esigere trattamenti contrari alla legge, alla deontologia professionale dei curanti, alle buone pratiche cliniche assistenziali e che di fronte a queste richieste i Sanitari non hanno alcun obbligo di esecuzione né possono essere responsabili della mancata ottemperanza.

Sono stato anche informato che i tassi di insorgenza delle eventuali complicanze, anche nel postoperatorio, possono variare a seconda delle condizioni cliniche del paziente e della gravità della patologia.

Sono stato reso edotto che qualora ricorra un pericolo attuale di danno grave alla mia persona o pericolo di vita non altrimenti evitabile, o se si verifichino difficoltà nell'eseguire l'intervento chirurgico con la tecnica proposta, i sanitari curanti adotteranno tutte le pratiche ritenute idonee per prevenire o limitare il pericolo e, comunque, **eseguire l'intervento chirurgico nel modo più sicuro possibile, anche se ciò dovesse comportare modifiche al programma terapeutico precedentemente illustrato.**

Mi è stato illustrato il rischio che l’intervento possa non essere risolutivo e che possa quindi residuare o recidivare la patologia per cui è stato indicato l’intervento.

Sono stato reso edotto che, sulla base delle condizioni emodinamiche e respiratorie riscontrate a fine intervento, potrebbe essere necessario il trasferimento post-operatorio presso un reparto di terapia intensiva, presso questo ospedale o, in caso di mancanza di posto letto, presso altro ospedale individuato dal servizio di emergenza a seguito di ricerca di posto letto; Inoltre nelle situazioni di assoluta emergenza-urgenza i componenti dell’equipe sanitaria mi assicureranno le cure necessarie anche quando le mie condizioni cliniche e le circostanze non consentano di recepire la mia volontà.

Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma Paziente e/o Legale Rappresentante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Medico dell’U.O.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO**

Ciò premesso:

* Il sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nella piena capacità di intendere e di volere, dopo essere stato/a edotto/a in maniera completa, esaustiva e comprensibile ed in un tempo di comunicazione ritenuto congruo e non avendo ulteriori domande da porre riguardo all’intervento chirurgico che è stato proposto,
* L’avente diritto/rappresentante legale o esercente la potestà in qualità di genitore/tutore/amministratore di sostegno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ assume la presente dichiarazione per conto del/della paziente (nome e cognome)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, che allo stato attuale è impossibilitato/a ad esprimere valido consenso perché minore/inabilitato/incapace/interdetto, dopo essere stato edotto in maniera completa, esaustiva e comprensibile ed in un tempo di comunicazione ritenuto congruo, e non avendo ulteriori domande da porre riguardo all’intervento chirurgico che è stato proposto e dopo che comunque sono state fornite informazioni all'incapace e/o minore con riguardo alla sua possibilità di comprensione, maturità e possibilità di esprimere volontà (gli aventi diritto vengono resi edotti che in caso di conflitto con la volontà anche parzialmente espressa dal minore/incapace o conflitto tra il rappresentate legale che rifiuti le cure e il medico che le ritenga appropriate e necessarie, la decisione sarà rimessa al Giudice tutelare, tranne in casi di emergenza/urgenza),

**consapevolmente dichiara**:

* Accetto il trattamento chirurgico proposto dall'equipe di questa Unità Operativa anche autorizzando i sanitari curanti individualmente o in equipe, al trattamento di eventuali patologie aggiuntive che possano essere rilevate durante l'intervento chirurgico, nel rispetto degli standard di cura e della mia volontà. Inoltre, autorizzo l'utilizzo dei tessuti e/o organi asportati per scopi diagnostici e di ricerca scientifica.
* Acconsento alla registrazione audio e video e/o riprese e fotografie durante le procedure diagnostiche e/o terapeutiche, e alla loro eventuale archiviazione, e che queste vengano utilizzate a scopi di ricerca scientifica nonché ai fini di audit e per il monitoraggio del rischio clinico, nel rispetto della mia privacy e delle normative sulla protezione dei dati personali.
* Rifiuto il trattamento chirurgico proposto dall'equipe di questa Unità Operativa.
* Rinuncio agli accertamenti diagnostici e/o ai trattamenti sanitari proposti e revoco il consenso precedentemente prestato all’atto chirurgico

Prendo atto che la mia accettazione, la revoca, il rifiuto saranno annotati nella cartella clinica e/o nel fascicolo sanitario elettronico e che il rifiuto la rinuncia o la revoca, finché possibile, rende esente l'equipe medica da responsabilità civile e/o penale.

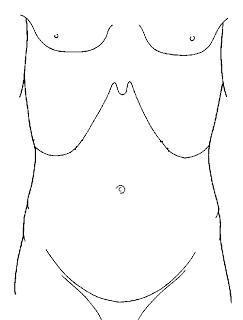
Si dà atto che l’acquisizione del consenso è avvenuta:

* in lingua italiana
* con traduzione in lingua comprensibile al paziente a mezzo di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma Paziente e/o Legale Rappresentante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Medico dell’U.O.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fonte: Atlas of human Anatomy, Netter

**RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI**

* Abougergi MS, Travis AC, Saltzman JR. The in-hospital mortality rate for upper GI hemorrhage has decreased over 2 decades in the United States: A nationwide analysis. Gastrointest Endosc. 2015;81:882-8.e1. doi:10.1016/j. gie.2014.09.027.
* Wuerth BA, Rockey DC. Changing epidemiology of upper gastrointestinal hemorrhage in the last decade: a nationwide analysis. Dig Dis Sci. 2018;63:1286-1293. doi:10.1007/s10620- 017-4882-6.
* Tielleman T, Bujanda D, Cryer B. Epidemiology and risk factors for upper gastrointestinal bleeding. Gastrointest Endosc Clin N Am. 2015;25:415-428. doi:10.1016/j.giec.2015.02.010.
* Eschenfeldt PC, Hur C. A quantitative exploration of gastrointestinal bleeding in intensive care unit patients. PLoS ONE. 2019;14:e0212040. doi:10.1371/journal.pone.0212040.
* Gralnek IM, Dumonceau J-M, Kuipers EJ, Lanas A, Sanders DS, Kurien M, et al. Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. Endoscopy. 2015;47:a1-46. doi:10.1055/s-0034-1393172.
* Cotton BA, Reddy N, Hatch QM, LeFebvre E, Wade CE, Kozar RA, et al. Damage control resuscitation is associated with a reduction in resuscitation volumes and improvement in survival in 390 damage control laparotomy patients. Ann Surg. 2011;254:598-605. doi:10.1097/SLA.0b013e318230089e.
* Masclee GMC, Valkhoff VE, Coloma PM, Ridder M de, Romio S, Schuemie MJ, et al. Risk of upper gastrointestinal bleeding from different drug combinations. Diagnosis and treatment of severe hematochezia. The role of urgent colonoscopy after purge. Gastroenterology. 2014;147:784-792.e9; quiz e13-14. doi:10.1053/j.gastro.2014.06.007.
* Kaya E, Karaca MA, Aldemir D, Ozmen MM. Predictors of poor outcome in gastrointestinal bleeding in emergency department. World J Gastroenterol. 2016;22:4219-4225. doi:10.3748/wjg.v22.i16.4219.
* Rockey DC, Hafemeister AC, Reisch JS. Acute on chronic gastrointestinal bleeding: a unique clinical entity. J Investig Med. 2017;65:892-898. doi:10.1136/jim-2017-000431.
* Siau K, Hearnshaw S, Stanley AJ, Estcourt L, Rasheed A, Walden A, et al. British Society of Gastroenterology (BSG)- led multisociety consensus care bundle for the early clinical management of acute upper gastrointestinal bleeding. Frontline Gastroenterol. 2020;11:311-323. doi:10.1136/ flgastro-2019-101395.
* Odutayo A, Desborough MJR, Trivella M, Stanley AJ, Dorée C, Collins GS, et al. Restrictive versus liberal blood transfusion for gastrointestinal bleeding: A systematic review and metaanalysis of randomised controlled trials. Lancet Gastroenterol Hepatol. 2017;2:354-360. doi:10.1016/S2468-1253(17)30054-7.
* Barkun AN, Almadi M, Kuipers EJ, Laine L, Sung J, Tse F, et al. Management of Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding: Guideline Recommendations From the International Consensus Group. Ann Intern Med. 2019;171:805-822. doi:10.7326/M19-1795.
* Laine L. Treatment of thrombocytopenic patients with GI bleeding. Gastrointest Endosc. 2018;88:62-65. doi:10.1016/j. gie.2018.03.003.
* Stanley AJ, Laine L, Dalton HR, Ngu JH, Schultz M, Abazi R, et al. Comparison of risk scoring systems for patients presenting with upper gastrointestinal bleeding: International multicentre prospective study. BMJ. 2017;356:i6432. doi:10.1136/bmj.i6432.
* Sung JJ, Chiu PW, Chan FKL, Lau JY, Goh K-L, Ho LH, et al. Asia-Pacific working group consensus on non-variceal upper gastrointestinal bleeding: An update 2018. Gut. 2018;67:1757- 1768. doi:10.1136/gutjnl-2018-316276.
* Stanley AJ, Laine L. Management of acute upper gastrointestinal bleeding. BMJ. 2019;28:l536. doi:10.1136/bmj. l536.
* Strate LL, Ayanian JZ, Kotler G, Syngal S. Risk factors for mortality in lower intestinal bleeding. Clin Gastroenterol Hepatol. 2008,6:1004-1010.
* Raju GS, Gerson L, Das A, Lewis B, American Gastroenterological Association. American Gastroenterological Association (AGA) Institute technical review on obscure gastrointestinal bleeding. Gastroenterology. 2007,133:1697- 1717.
* Lanas A, García-Rodríguez LA, Polo-Tomás M, Ponce M, Alonso-Abreu I, Perez-Aisa MA, et al. Time trends and impact of upper and lower gastrointestinal bleeding and perforation in clinical practice. Am J Gastroenterol. 2009,104:1633-1641.
* ASGE Standards of Practice Committee, Pasha SF, Shergill A, Acosta RD, Chandrasekhara V, Chathadi KV, et al. The role of endoscopy in the patient with lower GI bleeding. Gastrointest Endosc. 2014,79:875-885.
* Barnert J, Messmann H. Diagnosis and management of lower gastrointestinal bleeding. Nat Rev Gastroenterol Hepatol. 2009,6:637-646.
* Kim HS, Kim TI, Kim WH, Kim YH, Kim HJ, Yang SK, et al. Risk factors for immediate Post-polypectomy bleeding of the colon: a multicenter study. Am J Gastroenterol. 2006,101:1333- 1341.
* Robertson R, Campbell C, Weller DP, Elton R, Mant D, Primrose J, et al. Predicting colorectal cancer risk in patients with rectal bleeding. Br J Gen Pract. 2006,56:763-767.
* Gerson LB, Fidler JL, Cave DR, Leighton JA. ACG Clinical Guideline: diagnosis and management of small bowel bleeding. Am J Gastroenterol. 2015,110:1265-1287.
* Greco LT, Koller S, Philp M, Ross H. Surgical management of lower gastrointestinal hemorrhage: an analysis of the ACSNSQIP database. J Curr Surg. 2017,7:4-6.
* de Franchis R, Bosch J, Garcia-Tsao G, Reiberger T, Ripoll C; Baveno VII Faculty. Baveno VII - Renewing consensus in portal hypertension. J Hepatol. 2022 Apr;76(4):959-974. doi: 10.1016/j.jhep.2021.12.022. Epub 2021 Dec 30. Erratum in: J Hepatol. 2022 Apr 14;: PMID: 35120736.
* Triantafyllou K, Gkolfakis P, Gralnek IM, Oakland K, Manes G, Radaelli F, Awadie H, Camus Duboc M, Christodoulou D, Fedorov E, Guy RJ, Hollenbach M, Ibrahim M, Neeman Z, Regge D, Rodriguez de Santiago E, Tham TC, Thelin-Schmidt P, van Hooft JE. Diagnosis and management of acute lower gastrointestinal bleeding: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. Endoscopy. 2021 Aug;53(8):850-868. doi: 10.1055/a-1496-8969. Epub 2021 Jun 1. Erratum in: Endoscopy. 2021 Jun 17;: PMID: 34062566.
* Laine, Loren MD, FACG1,2; Barkun, Alan N. MD, FACG3; Saltzman, John R. MD, FACG4; Martel, Myriam MSc2; Leontiadis, Grigorios I. MD, PhD5. ACG Clinical Guideline: Upper Gastrointestinal and Ulcer Bleeding. The American Journal of Gastroenterology 116(5):p 899-917, May 2021. | DOI: 10.14309/ajg.0000000000001245