

## **CONSENSO INFORMATO ALLA ESECUZIONE DEL CLISMA OPACO A DOPPIO CONTRASTO DEL COLON**

### **SINTESI INFORMATIVA**

#### **CHE COS'E'**

E' una indagine radiologica che consente di studiare la canalizzazione delle anse del colon e la sua parete. Poiché si tratta di un esame che espone a radiazioni ionizzanti se ne deve evitare l'utilizzo in assenza di un'indicazione clinica specifica, inoltre le donne in età fertile devono escludere gravidanze in corso.

#### **A COSA SERVE**

L' indagine è indicata nella ricerca delle patologie infiammatoria e/o diverticolare o neoplastica del colon ed è complementare alla colonscopia

#### **COME SI EFFETTUA**

Prevede una prima fase nella quale viene eseguito un radiogramma diretto dell'addome per verificare la completezza della necessaria toilette intestinale, cui fa seguito una seconda fase nella quale vengono introdotti tramite una sottile sonda inserita nel retto, mezzo di contrasto (m.d.c. ) a base di bario , opaco ai raggi X, ed aria ambiente per distendere le anse. Per una ottimale esecuzione della indagine è necessaria la premedicazione con iniezione intramuscolare o endovenosa di un farmaco spasmolitico allo scopo di meglio distendere le anse del colon con maggior confort per il paziente. Vengono quindi eseguiti radiogrammi seriati ed in differenti decubiti, che analizzano i segmenti colici.

#### **COSA PUO' SUCCEDERE – EVENTUALI COMPLICANZE**

La indagine è generalmente ben tollerata e scevra da rischi o complicanze. Raramente sono descritti casi di perforazione intestinale, trattabile con terapia chirurgica; condizioni morbose croniche dell'intestino quali il Morbo di Crohn, la Rettocolite ulcerosa, diverticolosi colica e stenosi neoplastiche aumentano il rischio di perforazione. L'equipe e' in grado di fornirle la migliore assistenza possibile in tutti questi casi.

#### **PREPARAZIONE NECESSARIA- RACCOMANDAZIONI**

E' necessaria una buona toilette intestinale che si ottiene con dieta liquida priva di scorie nei giorni precedenti, assunzione di lassativo nelle 2 sere precedenti per una completa evacuazione dell'intestino. La presenza di materiale fecale nell'intestino puo' creare false immagini o nascondere la patologia per cui è possibile che l'indagine venga rinviata. Non è necessario interrompere eventuali terapie farmacologiche in corso (ad es. per l'ipertensione o il diabete). Preso atto delle informazioni fornite nel modulo di consenso il paziente può richiedere ulteriori spiegazioni al medico radiologo.

## **ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO/DISSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELL'INDAGINE DI CLISMA A DOPPIO CONTRASTO DEL COLON**

### **Dichiarante**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

(1) in qualità di esercente la potestà sul minore \_\_\_\_\_

(2) in qualità di tutore del paziente \_\_\_\_\_

Informato/a dal Prof./Dott. \_\_\_\_\_

- sul tipo di indagine diagnostica da eseguire e precisamente Risonanza Magnetica Reso/a consapevole:
- sul parere del sanitario che il trattamento proposto è quello che offre il miglior rapporto rischio/beneficio sulla base delle conoscenze attuali;
- della possibilità che l'indagine, una volta avviata, possa essere interrotta a mia richiesta, senza pregiudicare l'attività assistenziale, ma senza ottenere l'informazione ricercata con questo esame.;
- dei rischi relativi di eventuali danni per la salute (temporanei e permanenti) e per la vita. Presa visione delle informazioni relative all'indagine/procedura in oggetto, valutate le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati forniti, avendo compreso quanto sopra sinteticamente riportato:

☐ accetto l'indagine proposta

☐ rifiuto l'indagine proposta

Medico radiologo \_\_\_\_\_

Eventuale interprete \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

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

### **DICHIARAZIONE DI STATO DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA**

☐ SI

☐ NO

Data \_\_\_\_\_

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

### **POSSO CAMBIARE LA MIA DECISIONE RIGUARDO ALL'EFFETTUAZIONE DELL'ESAME?**

Lei non è assolutamente obbligata/o ad effettuare l'esame; alternatively il medico utilizzerà altre procedure che sono attualmente disponibili per l'effettuazione delle quali verrà comunque richiesto il suo consenso. Tutte le informazioni raccolte, ed in particolare le informazioni personali, sono tutelate dal D. Lgs 196/2003 concernente la "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali". La ringraziamo per l'attenzione avuta nel leggere queste note e la preghiamo di datare e firmare il presente modulo per presa visione.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_