

COLONSCOPIA OPERATIVA PROGRAMMATA

PER L'ASPORTAZIONE DI POLIPI GRANDI O DIFFICILI: INFORMAZIONI E CONSENSO DEL PAZIENTE

GENTILE UTENTE LA PREGHIAMO DI LEGGERE ATTENTAMENTE QUESTE IMPORTANTI INFORMAZIONI CHE RIGUARDANO L'ESAME A CUI DEVE SOTTOPORSI

COS'È IL POLIPO COLO-RETTALE GRANDE O GIGANTE O DIFFICILE:

- Il polipo colo-rettale viene definito grande se maggiore di 2 cm e gigante quanto supera i 4 cm di estensione.
- Il polipo colo-rettale viene detto difficile per la sede dov'è situato e/o per la sua conformazione che può comportare particolari difficoltà e rischi per la sua asportazione endoscopica.

RISCHI E COMPLICANZE LEGATE ALLA ASPORTAZIONE DI POLIPI COLO-RETTALI GRANDI, GIGANTI O DIFFICILI:

- Il rischio di complicanze legate alla asportazione dei polipi è direttamente correlato alle loro dimensioni e alla loro sede e conformazione.
- Il rischio di una sindrome da ustione trans-murale dopo polipectomia (dolore, febbre, peritonismo) ha una frequenza intorno all'1%.
- Il rischio di sanguinamento dopo polipectomia va dallo 0.3 al 6% nei polipi minori e fino al 24% nei polipi di maggiori dimensioni; può avvenire durante la procedura o anche a giorni di distanza (precoce entro 12 ore, tardivo dopo le 12 ore).
- Il rischio di perforazione dopo polipectomia va dallo 0.7-1.2% per polipi maggiori di 1 cm con tecnica di mucosectomia, fino al 5-10% in corso di dissezione sottomucosa (fattori di rischio sono: le dimensioni; e la sede nel colon destro che presenta pareti più sottili); può avvenire durante la procedura o anche a giorni di distanza (precoce entro 12 ore, tardivo dopo le 12 ore).

RISCHIO DI INCOMPLETEZZA DELLA POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA:

- Esiste il rischio di non asportare completamente il polipo in una seduta e quindi la necessità di una/o ulteriore/i colonscopie operative o di un intervento chirurgico di resezione intestinale se non si riesce ad asportarlo;
- Anche se asportato completamente, la presenza nel polipo di una trasformazione maligna all'esame istologico successivo può portare alla necessità comunque di un intervento chirurgico di resezione intestinale;
- Dopo polipectomia, specie se eseguita con tecnica piece-meal resection (asportazione a pezzi), la recidiva del polipo può avvenire tra il 10-40% dei casi e questo comporta controllo/i endoscopici più ravvicinati.

GESTIONE DELLE COMPLICANZE:

- In caso di perforazione o sanguinamento non trattabili con la tecnica endoscopica potrebbe essere 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.
- L'intervento chirurgico d'urgenza potrebbe prevedere la resezione del tratto intestinale comprendente la lesione e, se ritenuta necessaria, la possibilità di una colo o ileostomia derivativa temporanea (sacchetto di raccolta per le feci).
- 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.

ALTERNATIVE ALLA PROCEDURA ENDOSCOPICA:

- Alternativa alla polipectomia di principio endoscopica rimane l'intervento chirurgico di resezione intestinale.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO ALLA COLONSCOPIA OPERATIVA PROGRAMMATA

Io sottoscritto _____ nato/a il _____ debitamente informato da questo modulo sugli scopi, modalità di esecuzione e rischi dell'indagine, acconsento di sottopormi alla colonscopia operativa ed inoltre:

- **Autorizzo** **Non autorizzo** i curanti, ove durante l'intervento chirurgico venissero evidenziate altre patologie non precedentemente diagnosticate, a provvedere, secondo scienza e coscienza, al loro trattamento, anche modificando il programma terapeutico prospettato e preventivamente concordato.
- **Autorizzo** **Non autorizzo** l'utilizzo dei tessuti eventualmente asportati durante il trattamento, al fine di formulare una diagnosi isto-patologica, ed anche per procedure finalizzate al miglioramento delle conoscenze in campo scientifico.
- **Acconsento** **Non acconsento** che nel corso di procedure diagnostiche e/o terapeutiche vengano eseguite riprese filmate e/o fotografiche e che queste vengano utilizzate in ambito medico per migliorare le conoscenze scientifiche, nel completo rispetto della mia privacy.

Domande: _____

Risposte: _____

Luogo, data e ora di espressione del consenso: _____ Firma del paziente: _____

Firma del: Tutore ; Amm. Sostegno ; Interprete ; Testimone : _____ Firma del Medico endoscopista: _____

N.B.: RIFIUTARE L'ESECUZIONE DELL'ESAME IMPEDISCE DI FARE UNA DIAGNOSI E DI PRESCRIVERE O ATTUARE UNA ADEGUATA TERAPIA MEDICA ENDOSCOPICA O CHIRURGICA DELLE PATOLOGIE RISCONTRATE

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 _____

Riconsegna e riconferma del consenso informato per la colonscopia operativa programmata.

Luogo, data e ora di espressione del consenso: _____ Firma del paziente: _____

Firma del: Tutore ; Amm. Sostegno ; Interprete ; Testimone : _____ Firma del Medico endoscopista: _____