

## **CONSENSO INFORMATO ALLO STUDIO RADIOGRAFICO DELL'APPARATO DIGERENTE**

### **PARTE RISERVATA AL PAZIENTE (O GENITORI O AVENTI TUTELA LEGALE)**

#### **1. Dati identificativi**

Nome e Cognome del Paziente \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

#### **Dati identificativi dei genitori/aventi tutela legale del minore di età**

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ in qualità di:  madre  padre  tutore

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ in qualità di:  madre  padre  tutore

*NB: In caso sia presente solo un genitore occorre allegare il previsto modello di autocertificazione/atto di notorietà*

#### **Paziente privo in parte/del tutto di autonomia decisionale**

Nome e Cognome del Legale rappresentante \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

*NB: va allegata la documentazione che indica i poteri del Legale rappresentante*

#### **2. Indagine proposta**

Il Medico che la segue ha ritenuto opportuno consigliarle di sottoporsi allo studio radiografico dell'apparato digerente.

Questa indagine è indicata per la valutazione dell'ipofaringe, dell'esofago, dello stomaco, del duodeno e di parte dell'intestino tenue.

Lo scopo dell'esame è evidenziare alterazioni morfologiche e funzionali delle prime vie digestive, inquadrare il suo problema clinico e trattarlo con la terapia più opportuna.

L'esame consiste nella somministrazione per bocca di un granulato effervescente che permette la distensione delle anse intestinali, e subito dopo di una sospensione baritata o di un mezzo di contrasto idrosolubile.

Durante l'esame il Medico responsabile richiederà la sua collaborazione, in quanto dovrà assumere diverse posizioni per consentire la valutazione delle pareti degli organi in esame.

Il completamento dell'esame potrebbe richiedere un ritorno nel pomeriggio o al mattino successivo.

Non vi è alcuna prescrizione o precauzione da osservare dopo l'esame. La sospensione baritata ingerita, non essendo assorbita dall'intestino, viene eliminata normalmente nelle feci nei giorni successivi.

Durante questo periodo, e comunque per almeno 3-4 giorni dopo l'indagine, non si possono eseguire altri esami radiografici e TC dell'addome, dell'apparato urinario, del rachide lombare e del bacino, per la sovrapposizione del contenuto radioopaco intestinale con le strutture anatomiche in esame.

### 3. Possibili complicanze in base alle più recenti conoscenze scientifiche

L'espletamento dell'indagine è, di norma, ben tollerato e non presenta rischi legati all'introduzione del solfato di bario diluito che, essendo inerte, non viene assorbito attraverso la mucosa. Molto raramente compaiono effetti secondari indesiderati.

### 4. Esistono indagini diagnostiche alternative a quella proposta?

Le principali indagini alternative allo studio radiografico dell'apparato digerente sono:

- l'endoscopia, che prevede l'ispezione diretta della superficie interna di questi organi da parte del Medico Specialista, effettuata nella S.C. di Gastroenterologia;
- l'ecografia, associata all'endoscopia (ecoendoscopia);
- la TC (o TAC), che di solito mira a valutare l'estensione delle lesioni al di fuori dell'intestino.

Ho richiesto le seguenti ulteriori informazioni relative all'atto sanitario e le sue possibili complicanze:

1. DOMANDA \_\_\_\_\_  
RISPOSTA \_\_\_\_\_
2. DOMANDA \_\_\_\_\_  
RISPOSTA \_\_\_\_\_

**Dichiaro di essere stato/a informato/a in modo comprensibile ed esauriente dal Medico.  
Sono a conoscenza della possibilità di revocare il consenso in qualsiasi momento prima  
dell'atto sanitario.**

Data \_\_\_\_\_

Firma del Paziente \_\_\_\_\_

Firma del Medico Radiologo \_\_\_\_\_



**INFORMAZIONI CLINICHE NECESSARIE ALL'ESECUZIONE DELLO STUDIO RADIOGRAFICO  
DELL'APPARATO DIGERENTE DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO CURANTE O SPECIALISTA**

#### 1. Sospetto clinico/diagnostico (obbligatorio)

\_\_\_\_\_

2. Eventuali allergie ?  NON SO  NO  Sì

se sì, a cosa? \_\_\_\_\_

3. Ha eseguito esami radiologici per i quali era necessario assumere per bocca un  
mezzo di contrasto?  NON SO  NO  Sì

se sì, ha avuto effetti indesiderati?  NO  Sì

quali ? \_\_\_\_\_

**4. Pregresse reazioni al mezzo di contrasto?**

NON SO     NO     Sì

se sì:     Moderate (prurito, orticaria, vomito, broncospasmo)

Gravi (edema polmonare, edema laringeo, shock anafilattico)

In quale anno? \_\_\_\_\_

A seguito dell'allergia (punto n°2) o della reazione (punto n°3 e n°4) il Medico Curante o

Specialista prescrive la premedicazione dedicata (istruzione operativa: RAD\_IO\_01) ?

NO     Sì

Firma del Medico \_\_\_\_\_



**ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE  
DELLO STUDIO RADIOGRAFICO DELL'APPARATO DIGERENTE**

**Dichiarazioni dell'interessato**

Con la presente dichiarazione, da considerare come manifestazione piena, libera ed incondizionata della mia volontà, **dichiaro** di aver ricevuto dal Medico che mi ha esposto i contenuti di questo consenso, esaurienti e chiare informazioni sugli scopi dell'indagine radiografica a cui sarò sottoposta e sulle modalità con cui esso/a verrà eseguito/a.

Analogamente, ho compreso quali potrebbero essere i **potenziali rischi/inconvenienti dell'indagine e il rapporto rischio/beneficio dell'utilizzo del mezzo di contrasto.**

Ritengo che l'esposizione di quanto sopra descritto sia avvenuta **in modo chiaro e comprensibile e giudico appropriato il tempo che mi è stato concesso per valutare i contenuti e per porre eventuali domande.** Sono soddisfatta delle risposte avute ed ho avuto il tempo necessario per poter prendere serenamente le mie decisioni.

**Dichiaro di aver informato** dettagliatamente i Medici riguardo i precedenti interventi chirurgici subiti, eventuali allergie o reazioni a farmaci, le patologie di cui sono attualmente affetto e la terapia medica in corso.

**Acconsento, pertanto, e chiedo espressamente, di essere sottoposto/a alla procedura oggetto del presente consenso**

**ACCONSENTE**

**NON ACCONSENTE**

**Autorizzo l'operatore all'esecuzione di eventuali procedure aggiuntive ritenute opportune dall'operatore durante l'esecuzione dell'esame**

**AUTORIZZO**

**NON AUTORIZZO**

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma dell'interessato \_\_\_\_\_



### DA FIRMARE IN CASO DI DONNE IN ETA' FERTILE

In caso di gravidanza, anche solo probabile, **è indispensabile avvertire il Medico Radiologo**, poiché l'esame dovrebbe essere rimandato per motivi protezionistici.  
Io sottoscritta **escludo pertanto qualsiasi fondato sospetto di gravidanza in atto** al momento dell'esame radiologico (di tipo radiografico, TC, RM).

Firma \_\_\_\_\_

### DA FIRMARE IN CASO DI PAZIENTE MINORENNE

Data \_\_\_\_\_

Firma del/i Genitore/i \_\_\_\_\_

Firma del Tutore \_\_\_\_\_

Firma del minore se di età maggiore di 14 anni \_\_\_\_\_

### DA FIRMARE IN CASO DI PAZIENTE INTERDETTO O SOTTOPOSTO AD AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO

Data \_\_\_\_\_

Firma del Tutore/Amministratore di sostegno \_\_\_\_\_

### INFORMAZIONE DATA AL PAZIENTE TRAMITE INTERPRETE

Data \_\_\_\_\_

Nome e Cognome dell'Interprete \_\_\_\_\_

Firma dell'Interprete \_\_\_\_\_

Documento \_\_\_\_\_

Nome e Cognome del Testimone \_\_\_\_\_

Firma del Testimone \_\_\_\_\_

Documento \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

*Da compilarsi in caso di revoca del consenso precedentemente espresso*

### REVOCA DEL CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in qualità di

- Diretto interessato  
 Genitore    Tutore    Amministratore di sostegno

di \_\_\_\_\_

liberamente, spontaneamente e in piena coscienza dichiaro di voler **REVOCARRE** il consenso all'atto sanitario.

Data \_\_\_\_\_ Firma/e \_\_\_\_\_

**PREPARAZIONE ALL'ESECUZIONE DELLO STUDIO RADIOGRAFICO DELL'APPARATO DIGERENTE**

**Il giorno prima dell'esame**

Assumere pasti leggeri.

**Il giorno dell'esame**

Digiuno dalla mezzanotte, liquidi compresi.

Astenersi dal fumo.

NB: non è necessario interrompere eventuali terapie farmacologiche in corso (ad es. per l'ipertensione o il diabete).

**DOCUMENTAZIONE NECESSARIA PER L'ESECUZIONE DELLO STUDIO RADIOGRAFICO  
DELL'APPARATO DIGERENTE (da portare con sé il giorno dell'esame)**

1. Impegnativa del Sistema Sanitario Nazionale (SSN).
2. Tessera sanitaria.
3. Ricevuta di pagamento (se non esente).
4. MODULO di CONSENSO all'esame debitamente compilato.
5. Documentazione relativa a precedenti indagini eseguite in relazione alla problematica oggetto di studio (TC, RM, radiografie, ecografie, cartellini di ricovero; lettere di dimissione, endoscopie, esami istologici, ecc).

Attestazione del Medico che acquisisce il consenso di aver verificato l'avvenuta comprensione da parte del Paziente delle informazioni ricevute.

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Firma del Medico Radiologo Responsabile dell'esame**



\_\_\_\_\_