

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:

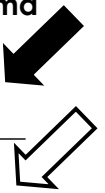
- l'endoscopia, che prevede l'ispezione diretta della superficie interna di questi organi da parte del Medico Specialista, effettuata nella S.C. di Gastroenterologia;
- l'ecografia, associata all'endoscopia (ecoendoscopia);
- la TC (o TAC), che di solito mira a valutare l'estensione delle lesioni al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