



## CONSENSO INFORMATO PER IL CLISMA OPACO A DOPPIO CONTRASTO

### 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 ad un clisma a doppio contrasto.

Lo scopo dell'esame è indagare parte del suo intestino (retto-sigma-colon) per inquadrare il Suo problema clinico e trattarlo con la terapia opportuna.

Per effettuare l'esame è necessario l'utilizzo di un mezzo di contrasto, ossia un liquido opaco ai raggi X, che verrà introdotto attraverso una sonda di plastica inserita nell'ano. Successivamente verrà introdotta aria per distendere le pareti intestinali. Al bisogno potranno essere iniettati farmaci antispastici (N-butilbromuro di joscina); prima della loro somministrazione saranno escluse eventuali controindicazioni (chiedendole se soffre di grave ipertrofia prostatica, glaucoma o gravi cardiopatie).

E' necessaria una buona pulizia intestinale, che si ottiene con una dieta liquida priva di scorie nei giorni che precedono l'esame e con l'assunzione di lassativo nel pomeriggio precedente, per una completa evacuazione dell'intestino. La presenza di materiale fecale nell'intestino può creare false immagini o nascondere la patologia per cui è possibile che esame venga rinviato.

La procedura è estremamente sicura ed è stata effettuata su milioni di Pazienti, ma occasionalmente possono insorgere problemi. I Medici ed il personale paramedico del Servizio di Radiologia sono addestrati per curare nel modo migliore queste reazioni, nel caso si verificassero.

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

L'indagine è generalmente ben tollerata.

Occasionali complicanze sono rappresentate dalla lesione e/o dalla rottura della parete intestinale. Ciò può comportare una perforazione intestinale e conseguente peritonite, con



sintomi legati all'entità della perforazione. Il trattamento di tali eventi (1 su 12.000 Pazienti, cioè lo 0,01%) rende necessario il ricovero e talvolta l'intervento chirurgico.

In letteratura è contemplata anche la complicità grave come il decesso (1 su 20.000 Pazienti, cioè lo 0,005%).

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

Le principali indagini alternative al clisma a doppio contrasto sono:

- colonscopia virtuale, che prevede lo studio del colon con tomografia computerizzata (TC o TAC), dopo una preparazione simile a quella effettuata per il clisma;
- l'endoscopia, che prevede l'ispezione diretta della superficie interna dell'intestino da parte di un Medico Specialista, effettuata nella S.C. di Gastroenterologia.

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 DEL CLISMA OPACO  
A DOPPIO CONTRASTO 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. 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) il Medico Curante o



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

NO  Sì

**4. Ha mai assunto Polietilenglicole o PEG per l'esecuzione di esami diagnostici sia radiologici (entero-TC, entero-RM) sia nella preparazione per esami endoscopici (colonscopia)?**

NON SO  NO  Sì

se sì, ha avuto reazioni allergiche moderate/gravi?

NO  Sì

se sì, contattare la radiologia.

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



**ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE**

**DEL CLISMA OPACO A DOPPIO CONTRASTO**

**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 DEL CLISMA OPACO A DOPPIO CONTRASTO**

- Dieta priva di scorie nei 3 giorni prima dell'esame

**Il giorno prima dell'esame**

- A colazione e pranzo evitare latte, latticini, frutta e verdura.
- La sera è consentita l'assunzione di bevande liquide (brodo, the, acqua).
- Eseguire la toilette intestinale alle ore 16.00 – 18.00 usando uno tra i seguenti farmaci a base di PEG – Polietilenglicole- ad esempio :
  - ISOCOLAN (confezione da 34.8g, 4 buste),
  - SELG (2 buste),
  - MACRO-P (8 buste),

ed assumere la soluzione nell'arco di una/due ore.

**Il giorno dell'esame**

Digiuno dalla mezzanotte.

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

**DOCUMENTAZIONE NECESSARIA PER L'ESECUZIONE DEL  
CLISMA OPACO A DOPPIO CONTRASTO (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**



\_\_\_\_\_