

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 SÌ 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 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 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


