

CONSENSO INFORMATO DEFECOGRAFIA

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

Lo specialista ha ritenuto opportuno sottoporla ad una defecografia. Lo scopo di questo esame, che prevede l'impegno di raggi X, è valutare la funzionalità della defecazione per curarne eventuali alterazioni.

L'esame prevede l'introduzione di una cannula nell'ano e la successiva distensione del retto con mezzo di contrasto baritato, un liquido opaco ai raggi X. Il Paziente viene poi invitato a eliminare il mezzo di contrasto come nell'abituale defecazione. Tutte le fasi dell'esame sono documentate con immagini radiografiche.

3. Possibili complicanze in base alle più recenti conoscenze scientifiche

Non sono descritte complicanze.

4. Esistono indagini diagnostiche alternative a quella proposta?

L'unica indagine radiologica alternativa è la defeco-RM in cui l'atto della defecazione viene documentato con Risonanza Magnetica.

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 DELL'ESAME DEFECOGRAFIA 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

Firma del Medico _____

ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME DEFECOGRAFIA

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 REVOCARE il consenso all'atto sanitario.

Data _____ Firma/e _____

PREPARAZIONE ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME DEFECOGRAFIA

Il giorno prima dell'esame

Non è richiesta alcuna preparazione

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

DOCUMENTAZIONE NECESSARIA PER L'ESECUZIONE DELL'ESAME DEFECOGRAFIA
(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. In caso di reazione al mezzo di contrasto, nota allergia, nefropatia o diabete, si dà indicazione di effettuare, con il supporto del Medico curante, la premedicazione secondo i protocolli aziendali disponibili nel sito internet AAS5 (Modulistica Ospedale; SC Radiologia Pordenone – Sacile o SC Radiologia San Vito – Spilimbergo; Istruzione Operativa 1 “ *Gestione Paziente a rischio di reazione avversa al MDC*”, Istruzione Operativa 2 “*Prevenzione Nefropatia*”, “*Premedicazione esami radiologici con mezzo di contrasto in caso di allergia*”) o presso la segreteria della Radiologia.
6. 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


