

Servizio DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

NOTA INFORMATIVA-CONSENSO INFORMATO RX DEL TUBO DIGERENTE CON BARIO

Prima di procedere all'informazione relativa alla procedura diagnostica proposta, Le chiediamo di leggere attentamente quanto di seguito riportato:

- La procedura di seguito descritta comporta l'impiego di Raggi X, che è sconsigliato nel caso di donne con gravidanza in corso, in quanto potrebbe provocare danni al nascituro. Questo comporta che, con la firma del presente modulo Lei **dichiara di non essere in gravidanza.**

INFORMATIVA E DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Allo scopo di decidere sull'ulteriore iter clinico e terapeutico, grazie alle specifiche informazioni che derivano da questa indagine, è **indispensabile fornirLe le seguenti informazioni:**

Descrizione procedura

Il paziente verrà invitato a bere del mezzo di contrasto radiopaco; a discrezione del medico potrà eventualmente essere prevista la somministrazione contemporanea di polveri effervescenti (tipo "magnesia") e/o l'iniezione endovenosa di farmaco antispastico, per meglio distendere esofago, stomaco e intestino tenue. Verranno poi scattati alcuni radiogrammi in diverse proiezioni.

Rischi della metodica

Gli effetti indesiderati sono correlabili a difficoltà procedurali. Tuttavia va tenuto presente che possono insorgere complicazioni come stitichezza, ritenzione di bario, penetrazione intravascolare, embolia, granuloma e polmonite da aspirazione. Sono stati segnalati rari casi di reazioni allergiche.

Tutto ciò premesso, il/la Sottoscritto/a

con la presente **dichiara** di aver letto e compreso quanto esposto nel presente modulo e di aver ricevuto dal **Dott./Prof. (in stampatello)** ogni ulteriore informazione in merito: al tipo di trattamento diagnostico; alle modalità di esecuzione dello stesso; ai vantaggi ai fini di una precisa diagnosi; ai rischi ad esso correlati; alle alternative terapeutiche sia farmacologiche che chirurgiche, rispondendo esaurientemente ad ogni quesito e richiesta di precisazioni in merito a: **illustrando quali sarebbero le conseguenze qualora decidessi di NON effettuare tale accertamento/procedura e di essere, conseguentemente, in grado di esprimere una consapevole scelta.**

Alla luce di quanto esposto, in datail/la Sottoscritto/a dichiara di

ACCETTARE DI ESSERE SOTTOPOSTO ALLA SEGUENTE PROCEDURADIAGNOSTICA E/O TERAPEUTICA

Tipo di esame/intervento	Firma del paziente
RX DEL TUBO DIGERENTE CON BARIO	

Data.....

Firma del Medico Operatore: Dott./Prof.