

Servizio DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

NOTA INFORMATIVA-CONSENSO INFORMATO FISTOLOGRAFIA

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 in età fertile, in quanto potrebbe provocare danni nel 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

Verrà effettuato un clistere di liquido leggermente denso e opaco ai raggi X, tramite l'introduzione di una sonda rettale.

Terminata l'infusione del liquido e in assenza di controindicazioni, verrà praticata un'iniezione endovenosa di un farmaco antispastico, per facilitare la distensione dei visceri addominali e ridurre il fastidio.

Si procederà quindi all'insufflazione d'aria tramite la stessa sonda. Verranno infine scattati alcuni radiogrammi in diverse posizioni.

Rischi della metodica

Pur non trattandosi di procedura ad alto rischio, esiste, all'atto dell'insufflazione d'aria, la remota possibilità di perforazione della parete intestinale, specie in presenza di diverticoli.

In tale evenienza si dovrà procedere ad intervento chirurgico di chiusura.

Possibili disturbi

A causa dell'insufflazione di aria, potrà perdurare nell'arco della giornata una sensazione di fastidio o di ripienezza, che si risolveranno facilmente con le evacuazioni e con il riposo in decubito prono (a pancia sotto).

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 essa correlati; alle alternative terapeutiche sia farmacologiche che chirurgiche, rispondendo esaurientemente ad ogni mio quesito e richiesta di precisazioni in merito a:illustrandomi 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 data il/la Sottoscritto/a dichiara di

ACCETTARE DI ESSERE SOTTOPOSTO ALLA SEGUENTE PROCEDURA
DIAGNOSTICA E/O TERAPEUTICA:

Tipo di esame/intervento	Firma del paziente
<u>CLISMA OPACO CON DOPPIO CONTRASTO</u>	

Data.....

Firma del Medico operatore: Dott./Prof.