

Servizio DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

NOTA INFORMATIVA-CONSENSO INFORMATO RX DEL TUBO DIGERENTE CON GASTROGRAFIN

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 e verranno poi scattati alcuni radiogrammi in diverse proiezioni.

Rischi della metodica

Pur non trattandosi di procedura ad alto rischio, esiste la remota possibilità di perforazione della parete intestinale: ciò comporta il passaggio in cavità peritoneale del mezzo di contrasto, senza tuttavia determinare l'insorgenza di peritonite in quanto il mezzo di contrasto viene riassorbito dal peritoneo ed eliminato per via renale. Sono stati segnalati, in questa già rara eventualità, rarissimi casi di reazione allergica allo iodio contenuto nel mezzo di contrasto. Queste vengono classificate come lievi (nausea, vomito, prurito) o moderate (vomito profuso, orticaria diffusa, edema facciale, broncospasmo) e sono in genere risolte con semplici provvedimenti terapeutici. Rarissimamente si possono verificare reazioni severe (shock ipotensivo, edema polmonare, arresto cardio-respiratorio).

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 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
RX DEL TUBO DIGERENTE CON GASTROGRAFIN	

Data.....

Firma del Medico Operatore: Dott./Prof.