

PRESIDIO NUOVO REGINA MARGHERITA  
U.O.C. RADIOLOGIA  
Direttore: Dott.ssa P. Cerro

## **CONSENSO INFORMATO ENTERO-COLPO-DEFECOGRRAFIA**

**Nome e Cognome** \_\_\_\_\_

**Nata/o il** \_\_\_\_\_ **Luogo** \_\_\_\_\_

L'indagine consiste nella opacizzazione del retto, della vagina e del tenue mesenteriale.

Si inizia con la somministrazione orale di mdc baritato per l'opacizzazione del tenue mesenteriale circa 1 ora prima dell'esame.

Al momento dell'esame si opacizza la vagina mediante un mezzo di contrasto iodato Idrosolubile diluito con gel in quantità di 8-10 ml e si introduce quindi bario ad elevata densità nel retto in quantità di circa 150-200 cc a seconda della distensibilità dell'ampolla rettale.

Si potrà inoltre opacizzare la vescica a seconda della richiesta e del quesito clinico

Si procederà quindi con l'indagine radiologica che si realizzerà in decubito e in posizione ortostatica con il paziente seduto su un water radiotrasparente appositamente realizzato e si effettuerà uno studio con metodica digitale.

Non è necessaria alcuna preparazione, è solo indispensabile che non ci sia una condizione di gravidanza presunta o certa.

Nei pazienti di sesso maschile si effettuerà il riempimento del tenue e del retto e l'indagine quindi proseguirà in modo analogo.

Il referto sarà accompagnato da un cd o dvd dell'esame dinamico

### **PER LA DONNA: STATO DI GRAVIDANZA**

SI             NO             NON SO

## **CONSENSO INFORMATO**

Io sottoscritto Sig/ra \_\_\_\_\_ ho preso visione delle informazioni relative alla procedura radiologica proposta ed ho ricevuto in proposito risposte chiare di esaurienti ad ogni mia domanda. Mi è noto che l'esame, come molti trattamenti sanitari, non è completamente esente da rischi o da reazioni avverse, che nel mio caso specifico mi sono stati adeguatamente illustrati. Mi è stato comunicato che sono state comunque predisposte tutte le idonee misure e precauzioni per prevenire e/o fronteggiare ogni eventuale complicanza.

**Pertanto dichiaro di:**

Acconsentire allo svolgimento dell'indagine.

Data

Firma per esteso del Paziente o del Titolare del consenso

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Medico radiologo

\_\_\_\_\_

Eventuale interprete

\_\_\_\_\_

**POSSO CAMBIARE LA MIA DECISIONE RIGUARDO ALL'EFFETTUAZIONE DELL'ESAME?**

Lei non è assolutamente obbligata/o ad effettuare l'esame; alternativamente il medico utilizzerà altre procedure che sono attualmente disponibili per l'effettuazione delle quali verrà comunque richiesto il suo consenso.

Tutte le informazioni raccolte, ed in particolare le informazioni personali, sono tutelate dal D. Lgs 196/2003 concernente la "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali".

La ringraziamo per l'attenzione avuta nel leggere queste note e la preghiamo di datare e firmare il presente modulo per presa visione.

Data

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_