

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

**NOTA INFORMATIVA ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO
INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELL'INDAGINE DI
CLISMA DOPPIO CONTRASTO**

Nome e Cognome _____

Nata/o il _____ **Luogo** _____

ESECUZIONE DELL'ESAME

Il Clisma a doppio contrasto consiste nello studio radiologico dell'intestino Crasso e viene eseguito mediante l'introduzione per via rettale del mezzo di contrasto radiopaco seguito dall'insufflazione di aria attraverso una sonda di plastica inserita nel retto.

Vengono eseguite alcune radiografie in diverse posizioni, sia supino che in piedi.

Al bisogno potrà essere necessario l'uso di farmaci antispastici per via im (BUSCOPAN) per ridurre l'eventuale sensazione di fastidio e per migliorare la distensione delle pareti intestinali.

CONTROINDICAZIONI

Gravidanza

Sospetta perforazione

COMPLICANZE

Assai remota è la possibilità di perforazione del colon

Sono possibili disagi temporanei causati dai farmaci somministrati per intramuscolo (midriasi, stipsi, sonnolenza, tachicardia, reazioni allergiche).

Non vi è alcuna prescrizione o precauzione da osservare dopo l'esame.

E' bene ricordare che per almeno 3-4 giorni dopo l'indagine non sono eseguibili gli esami radiografici e TC dell'addome, dell'apparato urinario, del rachide lombare e del bacino, per la sovrapposizione del contenuto radiopaco intestinale

Per effettuare tale indagine è **INDISPENSABILE** rispettare in modo ACCURATISSIMO la preparazione allegata; in caso contrario l'esame non potrà essere eseguito.

CONSENSO

Il/la sottoscritto/a _____

- in qualità di esercente la potestà sul minore.....

- in qualità di tutore del paziente.....

Modello D

Informato/a dal Prof./Dott. _____

- sul tipo di indagine diagnostica da eseguire e precisamente RX Clisma Doppio Contrasto

Reso/a consapevole:

- sul parere del sanitario che il trattamento proposto è quello che offre il miglior rapporto rischio/beneficio sulla base delle conoscenze attuali;
- della possibilità che l'indagine, una volta avviata, possa essere interrotta a mia richiesta, senza pregiudicare l'attività assistenziale, ma senza ottenere l'informazione ricercata con questo esame;
- dei rischi relativi di eventuali danni per la salute (temporanei e permanenti) e per la vita.

Preso visione delle informazioni relative all'indagine/procedura in oggetto

Valutate le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati forniti, avendo compreso quanto sopra sinteticamente riportato:

accetto l'indagine proposta rifiuto l'indagine proposta

Data _____ Firma del paziente _____

Medico radiologo _____

Eventuale interprete _____

DICHIARAZIONE di STATO DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA

SI NO

Data _____ Firma del paziente _____

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 del paziente _____