

TITOLO	CODICE	REVISIONE	PAGINA
CONSENSO INFORMATO CLISMA OPACO CON DOPPIO CONTRASTO	C.I. – RAD. - 3	2 STESURA	1

DATA DI EMISSIONE	RESPONSABILE REDAZIONE	RESPONSABILE CONVALIDA	ORGANO DI APPROVAZIONE
03/01/2021	RESP. U.O. RADIOLOGIA	RISK MANAGER	DIREZIONE SANITARIA

Del Sig./ra : _____ Nato/a il: _____

Mi è stato proposto dal Dott: _____ L' esame diagnostico di: **CLISMA OPACO CON DOPPIO CONTRASTO**

INFORMATIVA : CLISMA OPACO CON DOPPIO CONTRASTO

Per definire le sue attuali condizioni cliniche è stato inviato presso il nostro servizio allo scopo di sottoporsi a clisma opaco. Il clisma opaco è l'esame radiografico del tratto distale dell'intestino (colon, sigma e retto), ottenuto mediante l'opacizzazione dei visceri tramite l'introduzione per via rettale di un mezzo di contrasto radiopaco, in genere solfato di bario (singolo contrasto), e di un mezzo di contrasto radiotrasparente, in genere aria (doppio contrasto). E' un'indagine complessa e dinamica, perché studia in tempo reale il progredire della sospensione baritata attraverso le varie porzioni del grosso intestino e ne visualizza anche la peristalsi. E' un esame la cui esecuzione richiede esperienza ed è affidato al controllo diretto del medico specialista in radiologia e dell'assistente in formazione, che si avvalgono della collaborazione del tecnico di radiologia e dell'infermiere professionale, in quanto la risalita del mezzo di contrasto e l'insufflazione di aria devono avvenire secondo precise regole, per evitare un risultato diagnosticamente scadente ed anche fastidi per il paziente.

Prima dell'esame

Il clisma opaco a doppio contrasto deve essere eseguito a digiuno completo e dopo un'accurata preparazione che prevede, nella maggior parte dei casi, una dieta priva di scorie per alcuni giorni, assunzione di lassativo isoosmolare per una completa pulizia intestinale evacuativa e ciò allo scopo di liberare l'intestino dal contenuto liquido e fecale e consentire una corretta osservazione del tratto intestinale indagato.

Come si svolge

Questa indagine, che utilizza raggi X, indaga il suo apparato intestinale per inquadrare il suo problema clinico e trattarlo con la terapia opportuna. Per effettuare l'esame è necessario l'utilizzo di un mezzo di contrasto opaco ai raggi X che verrà introdotto attraverso una sonda di plastica inserita nell'ano. Successivamente verrà introdotta aria per distendere le pareti del viscere. Al bisogno potrà essere necessario l'uso di farmaci antispastici (BUSCOPAN). Prima della loro somministrazione Le sarà richiesta la presenza di eventuali affezioni morbose che rappresentano controindicazioni (es. grave ipertrofia prostatica, glaucoma, tachiaritmie, gravi cardiopatie).

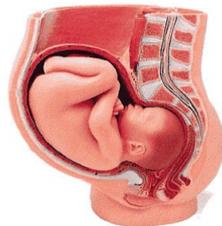
Possibili complicanze e controindicazioni

Dopo l'utilizzo di tali farmaci si possono presentare alcuni effetti indesiderati (es. midriasi, stipsi, sonnolenza, tachicardia, reazioni allergiche). L'indagine è eseguita annualmente su milioni di persone. Occasionalmente tuttavia si possono verificare delle complicanze. Questi problemi sono causati dalla possibilità di lesione e quindi rottura della parete intestinale. Ciò comporta l'insorgenza di una perforazione intestinale e conseguente peritonite. Il trattamento di tali eventi rende necessario il ricovero e talvolta l'intervento chirurgico; molto rara la possibilità di decesso.

Dopo l'esame

Non vi è alcuna prescrizione o precauzione da osservare dopo l'esame. Il bario introdotto per l'esame viene eliminato normalmente nelle feci nei giorni successivi. 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.

DICHIARAZIONE PER LE DONNE IN ETÀ FERTILE:



L'esame non deve essere effettuato in gravidanza, pertanto qualora La paziente abbia anche soltanto il dubbio di una gravidanza in atto (ritardo del ciclo mestruale, flusso scarso, discontinua assunzione di anticoncezionali), dovrà farlo presente al personale medico e tecnico.

La sottoscritta _____ nata a _____ il _____

DICHIARA di non essere in stato di gravidanza accertata o presunta .

Data _____

Firma _____



TITOLO	CODICE	REVISIONE	PAGINA
CONSENSO INFORMATO CLISMA OPACO CON DOPPIO CONTRASTO	C.I. – RAD. - 3	2 STESURA	2

DATA DI EMISSIONE	RESPONSABILE REDAZIONE	RESPONSABILE CONVALIDA	ORGANO DI APPROVAZIONE
-------------------	------------------------	------------------------	------------------------

03/01/2021

RESP. U.O. RADIOLOGIA

RISK MANAGER

DIREZIONE SANITARIA

Del Sig./ra

Nato/a il: _____

: _____

Mi è stato proposto dal Dott: _____

L' esame diagnostico di: **CLISMA OPACO CON DOPPIO CONTRASTO**

COMPrensione PER IL PAZIENTE.

Mi è stata data l'opportunità di porre ogni domanda a riguardo delle procedure previste in questo studio ed i medici responsabili hanno fornito ogni spiegazione alle mie domande.

Autorizzo il mio case-manager/primo operatore ed i suoi collaboratori designati all'attuazione delle procedure previste da questo protocollo. Posso decidere di non partecipare o posso ritirare il mio consenso ed interrompere le procedure in ogni momento.

Inoltre ho compreso che i medici possono decidere di interrompere il trattamento qualora il responsabile ritenga che questo sia nel mio migliore interesse. Il medico responsabile mi comunicherà qualora tali circostanze dovessero verificarsi.

Mi è stato garantito, altresì, che verrà garantita la massima riservatezza dei dati sensibili personali; pertanto:

DO il mio consenso affinché il mio caso sia oggetto di utilizzo a fini scientifici e consapevolmente, quindi:

- **Accenso** al trattamento propostomi che verrà praticato dall'equipe di questa Unità;
- **Autorizzo** i Sanitari curanti, ove durante l'intervento evidenziassero altre patologie non precedentemente diagnosticate, a provvedere, secondo scienza e coscienza, al loro trattamento, anche modificando il programma terapeutico prospettatomi e preventivamente concordato;
- **Autorizzo** l'utilizzo dei tessuti e/o organi eventualmente asportatimi durante il trattamento al fine di formulare una diagnosi isto-patologica, ma anche per procedure finalizzate al miglioramento delle conoscenze in campo scientifico;
- **Autorizzo** che nel corso di procedure diagnostiche e/o terapeutiche vengano eseguite riprese filmate e/o fotografiche e che queste vengano utilizzate in ambito medico per migliorare le conoscenze scientifiche, nel rispetto completo della mia privacy.

Firma del Medico _____

Firma del/la Paziente _____

Firma del Tutore legale/Legale Rappresentante _____

Data _____