



TITOLO	CODICE	REVISIONE	PAGINA
CONSENSO INFORMATO <b>CLISMA TENUE</b>	C.I. – RAD. - 4	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 TENUE**

## INFORMATIVA : CLISMA TENUE

### Perché è necessario questo esame?

Con l'esame radiologico contrastato del piccolo intestino (tenue) abbiamo la possibilità di riconoscere la causa delle malattie del piccolo intestino, per esempio diarrea, stipsi, emorragie intestinali, dolori addominali, gonfiori o perdita di peso.

### Prima dell'esame

Il clisma del tenue 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 iso-osmolare 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

Per poter rendere visibile radiologicamente il tenue, si introduce attraverso la bocca o il naso un piccolo sondino, che dopo aver attraversato l'esofago, stomaco e duodeno, viene posizionato nella prima parte del tenue. Il mezzo di contrasto (solfato di bario o gastrografin) viene così iniettato direttamente nell'intestino. Successivi controlli radiografici consentono di evidenziare l'intero intestino tenue (digiuno, ileo). L'esame dura all'incirca 30 minuti.

### 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 dei residui baritati sulle strutture da esaminare.

### Possibili complicanze e controindicazioni

L' introduzione della sonda può provocare sensazione di vomito; la mucosa nasale o faringea può essere lievemente danneggiata per cui si ha una piccola emorragia. Nel caso di stenosi serrata od occlusione (ileo), il mezzo di contrasto non progredisce lungo le anse intestinali; questo può aggravare lo stato della malattia.

### Cosa dire e cosa presentare al medico radiologo.

E' molto importante riferire i sintomi che hanno portato all'esecuzione dell'esame ed esibire eventuali esami radiologici ed ecografici eseguiti in precedenza. Il medico radiologo deve poter consultare il risultato di eventuali altri esami strumentali o visite specialistiche e, se disponibili, la relazione del curante o lettere di dimissione emesse in occasione di precedenti ricoveri.

### 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 \_\_\_\_\_

 <b>clinica Sant'Anna</b>	TITOLO	CODICE	REVISIONE	PAGINA
	<b>CONSENSO INFORMATO</b> <b>CLISMA TENUE</b>	C.I. – RAD. - 4	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 TENUE**

### COMPRESIONE 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 \_\_\_\_\_