



TITOLO	CODICE	REVISIONE	PAGINA
CONSENSO INFORMATO ENTEROCLISI- TC	C.I. – RAD. - 5	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: **ENTEROCLISI- TC**

INFORMATIVA : ENTEROCLISI - TC

L'enteroclisi-TC multistrato è una metodica che prevede la distensione del piccolo intestino con m.d.c. endoluminale, somministrato tramite sondino naso-intestinale, l'ipotonizzazione viscerale e l'infusione di m.d.c. iodato idrosolubile per via endovenosa.

Perché è necessario questo esame?

Con questa metodica abbiamo la possibilità di riconoscere la causa delle malattie del piccolo intestino, per esempio diarrea, stipsi, emorragie intestinali, dolori addominali, gonfiore o perdita di peso.

Prima dell'esame

La preparazione intestinale risulta indispensabile in quanto un colon pulito facilita il flusso del m.d.c. endoluminale nel tenue, evita il reflusso di materiale fecale nell'ileo terminale e riduce il disagio del paziente determinato dalla distensione delle anse. Il pomeriggio precedente l'indagine non bisogna ingerire nulla di solido. Assumere 4 bustine di un lassativo iso-osmolare sciolto in 2 litri di acqua.

Come si svolge

A paziente digiuno, si effettua l'intubazione naso-intestinale sotto controllo fluoroscopico. Dopo aver superato l'ipofaringe, è possibile lasciare che sia lo stesso paziente a proseguire l'intubazione, guidandolo fino a posizionare la sonda in prossimità della flessura duodeno-digiunale. Una volta intubato, il paziente viene trasferito in sala TC. Si esegue la scout view, si controlla che il sondino sia ancora in sede idonea e si programma la scansione volumetrica. Prima dell'infusione del mdc intraluminale, si effettua l'ipotonizzazione del tenue con 20 mg e.v. di Buscopan. Seguono l'infusione di m.d.c. intraluminale e successivamente del m.d.c. iodato idrosolubile per via endovenosa.

Dopo l'esame

Dopo l'esame non vi è alcuna prescrizione o precauzione da osservare.

Possibili complicazioni

Benché i mezzi di contrasto attualmente a disposizione siano prodotti estremamente sicuri e collaudati, già somministrati a decine di milioni di pazienti, occasionalmente (1-3% dei casi) possono indurre delle reazioni avverse:

- Reazioni minori:** vampate di calore (frequente), nausea, vomito, orticaria eventualmente con desquamazione della cute: tali reazioni non richiedono alcuna terapia, si risolvono spontaneamente in tempi variabili da pochi secondi a qualche giorno.
- Reazioni medie o severe (1/2500):** tali reazioni sono rare, ma richiedono terapia medica ed eventuale ricovero, comprendono la difficoltà respiratoria, crisi anginose o ipertensive, crisi epilettiche, convulsioni.
- Decesso (1/55000):** Evento molto raro, legato generalmente a reazione pseudo-allergica al mdc. Per tale motivo i pazienti con allergie note o fattori di rischio devono eseguire premedicazione secondo gli schemi allegati per ridurre il rischio di reazione.

Gli Operatori sanitari sono a Sua disposizione per qualsiasi chiarimento in merito.

Cosa dire e 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. Nel caso che l'esame sia ripetuto a distanza di tempo è necessario riportare la TC precedente. 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.

TITOLO	CODICE	REVISIONE	PAGINA
CONSENSO INFORMATO ENTEROCLISI- TC	C.I. – RAD. - 5	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: **ENTEROCLISI- TC****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 _____

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 _____