



TITOLO	CODICE	REVISIONE	PAGINA
CONSENSO INFORMATO <b>RX DELLE PRIME VIE DIGESTIVE</b>	C.I. – RAD. - 09	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: **RX DELLE PRIME VIE DIGESTIVE**

## INFORMATIVA : RX DELLE PRIME VIE DIGESTIVE

L'esame RX delle prime vie digestive è la radiografia del tubo digerente superiore (esofago, stomaco, duodeno), ottenuto mediante opacizzazione dei visceri dopo ingestione di un mezzo di contrasto radiopaco, in genere solfato di bario.

### Perché è necessario quest'esame?

I visceri del canale alimentare non forniscono una immagine diagnosticamente valida sui radiogrammi senza preparazione e sono osservabili solo dopo introduzione nel loro interno di un preparato radiograficamente visibile. Le modalità previste sono due: a singolo contrasto (solfato di bario), in cui il paziente beve ed il medico osserva attentamente su di un monitor il passaggio del mezzo di contrasto attraverso l'esofago e il movimento delle sue pareti. Il contrasto baritato distende ed opacizza il viscere e se ne ottiene un calco. L'altro metodo "a doppio contrasto" prevede l'abbinamento del mezzo di contrasto radiopaco con la distensione del lume dei visceri, fornita dalla dilatazione con aria o con altro gas. Ne risulta una più fine visibilità delle pareti dei visceri e dei loro dettagli. Tale metodica è una indagine dinamica, poichè studia in tempo reale il progredire del preparato opaco attraverso le porzioni superiori del canale alimentare e ne visualizza la cinetica e la peristalsi. Per questo motivo, si tratta di un esame complesso la cui esecuzione va personalizzata alle caratteristiche e alle problematiche del paziente e che richiede per questo l'intervento diretto del radiologo.

### Prima dell'esame

Il giorno prima dell'esame si devono evitare alcuni cibi solidi come verdure o frutta. Si può, invece, bere thè, aranciata, caffè o brodo. Meglio evitare i latticini. Il digiuno assoluto è raccomandato a partire dalla mezzanotte del giorno prima, evitando anche l'assunzione di liquidi. Il digiuno ha lo scopo di liberare stomaco e duodeno dal contenuto alimentare che ne impedirebbe una corretta osservazione.

### Come si svolge

L' esame non è doloroso nè fastidioso. Il paziente, posto sull'apparecchio radiografico, viene invitato a bere il mezzo di contrasto, fornito in preparazioni commerciali dal sapore gradevole, e ad assumere eventualmente un preparato in forma di compressa o di polvere effervescente che determina in questo modo l'effetto di doppio contrasto per liberazione di gas nello stomaco. Durante l'esame, che si svolge sia in piedi che in decubito, il paziente viene invitato ad assumere le diverse posizioni e le varie inclinazioni più opportune per osservare le diverse porzioni del tubo digerente. Nel corso delle varie fasi dell'esame, l'operatore chiede al paziente di restare immobile ed in apnea per gli istanti necessari a fissare sulle radiografie i momenti e le immagini più significative. La durata dell'esame radiografico dell'apparato digerente è molto variabile e dipende dalle condizioni e dalla collaborazione del paziente, dall'esperienza dell'operatore e dal tipo di apparecchio impiegato: mediamente, essa può variare fra 10 e 20 minuti.

### Quali precauzioni adottare dopo l'esame

Non vi è alcuna prescrizione o precauzione da osservare dopo l'esame. Il bario ingerito per l'esame viene eliminato normalmente nelle feci dei giorni successivi, che non ne risultano alterate. Durante questo periodo, e comunque 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.

### Possibili complicazioni

L'esame a doppio contrasto può dare una sensazione di pienezza e dolenzia. Nel caso di traumi della parete esofagea o della parete intestinale il mezzo di contrasto baritato può fuoriuscire e sviluppare una infiammazione.

### Quando non si può fare

L'esame non può essere eseguito in maniera completa e corretta senza la collaborazione da parte del paziente. Nel caso che il paziente non possa stare in piedi o non possa modificare la propria posizione o il decubito, l'indagine potrà limitarsi allo studio, di necessità generico, della canalizzazione dei visceri e del transito del mezzo di contrasto. L'esame radiografico dell'apparato digerente **non può e non deve essere eseguito impiegando mezzo di contrasto baritato** qualora vi sia il sospetto **di una perforazione gastrointestinale**, poichè il bario può fuoriuscire, non essere assorbito dall'organismo e dovrebbe quindi essere rimosso per via chirurgica. In questi casi, è necessario effettuare l'indagine impiegando del **mezzo di contrasto iodato, idrosolubile e riassorbibile**.

### 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. 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 <b>RX DELLE PRIME VIE DIGESTIVE</b>	C.I. – RAD. - 09	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: **RX DELLE PRIME VIE DIGESTIVE**

**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 presu

Firma \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_\_