Struttura SC GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA Direttore / Responsabile Dott. Mario Grassini

Assistito _____ data di nascita _____ N. Cartella _____

(cognome e nome in stampatello)

Gentile Signore/a, su questo **modulo** si riassumono i concetti relativi a

ENDG02 – COLONSCOPIA

Le notizie di seguito riportate hanno lo scopo di consentire un'attenta lettura, informazione e valutazione di quanto proposto, al fine di ottenere il Suo consenso alla esecuzione consapevole della procedura.

1 DESCRIZIONE DELLA PATOLOGIA CHE INTERESSA IL PAZIENTE

La Colonscopia è un indagine che utilizza un video endoscopio per visualizzare il colon e, in caso di necessità, l'ultima ansa dell'ileo.

2 DESCRIZIONE DEL TRATTAMENTO E SUE INDICAZIONI: TRATTAMENTI PREPARATORI ED EVENTUALI INTERVENTI SUCCESSIVI

La colonscopia serve per valutare la presenza di lesioni quali infiammazioni, ulcere, polipi, tumori, sanguinamenti del tratto digestivo inferiore o altre patologie accompagnate da sintomi come dolore, sanguinamenti, turbe dell'alvo.

Consente di eseguire, in maniera del tutto indolore, piccoli prelievi di tessuto (biopsie) da sottoporre ad esame microscopico per ottenere informazioni più precise sulla situazione istologica del tessuto del colon.

Nel caso in cui queste indagini siano necessarie, è prevista una quota ticket aggiuntiva di cui il Personale amministrativo le indicherà l'entità e le modalità di pagamento. Una quota ticket aggiuntiva potrà essere prevista anche per eventuali trattamenti diversi che verranno comunicati dal medico.

3 CONDIZIONI CLINICHE NELLO SPECIFICO CASO DEL PAZIENTE (PATOLOGIE, ALLERGIE, TERAPIE FARMACOLOGICHE, GRAVIDANZA, ETÀ)

La colonscopia è un esame importante e complesso, la cui esecuzione richiede esperienza ed affidabilità ed il controllo diretto del gastroenterologo endoscopista poiché l'introduzione del videoendoscopio deve avvenire secondo precise regole onde evitare disagi e pericoli per il paziente.

Prima di iniziare l'esame è opportuno segnalare al medico eventuali allergie a farmaci, eventuali terapie in atto, in particolare con farmaci antiaggreganti (Ticlopidina, Ibustrin, Tiklid , Aspirina ecc) o anticoagulanti/NAO (Coumadin, Sintrom, ecc), di essere portatori di protesi valvolari (per eventuale profilassi antibiotica).

Va evitata l'assunzione di preparati contenenti ferro che compromettono la prepazione del colon e possono rendere difficoltosa l'esecuzione dell'esame, ostacolando la visione.

Porti con se eventuali referti endoscopici o radiologici relativi alla stessa patologia oggetto dell'esame ed ogni altro documento sanitario da Lei ritenuto opportuno o eventualmente suggerito dal Medico di Famiglia. Le saranno richiesti dal gastroenterologo endoscopista prima di iniziare l'esame.

Gli esatti risvolti dell'indagine Le saranno illustrati in maggior dettaglio dal gastroenterologo endoscopista prima di effettuare l'esame.

4 RISULTATI PREVEDIBILI E LORO PROBABILITÀ DI SUCCESSO; TEMPI ED EVENTUALI PROBLEMI DI RECUPERO

La durata dell'esame è influenzata da diversi parametri: lunghezza del colon, risultato della preparazione del viscere, sensibilità del Paziente con variazioni che dipendono dalla sua collaborazione e la necessità di effettuare biopsie e/o condurre procedure operative.

Documento di proprietà esclusiva della ASL AT.
È vietata la riproduzione o diffusione non autorizzata.

L'esame è in genere ben tollerato dalla maggior parte dei Pazienti grazie anche all'ausilio della sedazione cosciente che rende più agevole l'esecuzione dell'esame.

5 RISCHI E COMPLICANZE PREVEDIBILI, COMPRESE QUELLE INFETTIVE, E LORO PROBABILITÀ DI VERIFICARSI

La Colonscopia è una procedura sicura ; tuttavia, raramente, possono manifestarsi:

Rischi potenziali

- Gonfiore, irritazione della vena del braccio in cui è stato iniettato il sedativo. Tale inconveniente si risolve spontaneamente o con l'aiuto di terapia topica.
- Imprevisti legati all'uso di sedativi in Pazienti anziani o con gravi patologie respiratorie o cardiovascolari.
- Sanguinamento occasionale che quasi sempre si arresta spontaneamente.

Complicanze

- Perforazioni che possono manifestarsi sia nelle procedura diagnostiche ma **soprattutto dopo manovre interventistiche** (0,07 – 0,3%).
- Emorragie che si possono manifestare soprattutto in Pazienti con alterazione della coagulazione (0,3-6,1%).
- Incidenti cardiovascolari e respiratorie (0,06-0,079%).
- Perforazione (0,07 – 0,3)
- Mortalità (0.005-0,007%).
- Infezioni, stimate intorno al 0.001%, grazie alle attente procedure di disinfezione e test di controllo sugli apparecchi endoscopici e sulle lavaendoscopi.

6 POSSIBILITÀ CHE IN CORSO D'OPERA SI EVIDENZINO PATOLOGIE NON RILEVABILI, CON NECESSITÀ DI VARIARE LA PROCEDURA NEL SEGUENTE INTERVENTO

Compatibili con le sopracitate complicazioni.

7 ALTERNATIVE E LORO RISCHI

L'alternativa diagnostica alla Colonscopia è rappresentata dall'Rx Clisma opaco e della Colonscopia virtuale in TC.

8 CONSEGUENZE DEL RIFIUTO AL TRATTAMENTO PROPOSTO

La mancata esecuzione dell'esame potrebbe non permettere la diagnosi di patologie anche importanti.

9 CONTROINDICAZIONI

Quadro compatibile con perforazione addominale, peritonite ed altre eventualmente individuate dal Medico operatore sulla base di documentazione ed anamnesi.

10 COMPOSIZIONE DELL'EQUIPE COINVOLTA

Medico, Infermiere/i.

Nome e Cognome in stampatello del Medico che comunica l'informazione

Data .....

Firma del Medico

Firma del Paziente / Famigliare / Persona di fiducia

Assistito _____ data di nascita _____
(cognome e nome in stampatello)

Io sottoscritto _____
(cognome e nome in stampatello, se diverso dall'assistito)

in qualità di

☐ assistito capace di agire ☐ amministratore di sostegno ai fini sanitari ☐ tutore

dichiaro di aver compreso lo scopo del trattamento *. Le mie domande e i miei dubbi hanno trovato una risposta chiara, in quello che ho letto e nelle risposte ottenute e non necessito di ulteriori informazioni.

Rilascio il mio consenso *(Firma)* ..... Non rilascio il mio consenso *(Firma)* .....

provvedimento di nomina per assistito con tutela organizzata _____ N° _____

Asti, lì .....

Per il minore

Noi sottoscritti

_____ *(Cognome e Nome della madre in stampatello)*

_____ *(Cognome e Nome del padre in stampatello)*

dichiariamo di non essere decaduti dalla responsabilità parentale e di non essere sottoposti, da parte dell'Autorità Giudiziaria, a procedimenti limitativi sul minore. Pertanto, avendo compreso lo scopo del trattamento, dichiariamo di

☐ accettare ☐ non accettare l'atto sanitario proposto

e, qualora necessario, sia apportata la seguente variazione _____

Asti, lì .....

..... *(Firma della madre)* ..... *(Firma del padre)*

Cognome e nome del Medico _____
(stampatello)

Dichiaro di aver descritto le informazioni rilevanti e quelle richieste dal trattamento proposto, in presenza dei testimoni (se presenti e opportuni).

* Informativa consegnata *(riportare il trattamento)*: ENDG02 - Informativa Colonscopia in data _____

Asti, lì ..... Il Medico .....
(Firma Medico)

REVOCO IL CONSENSO al trattamento sanitario.

Asti, lì .....

Firma del / la Paziente o del Tutore o del Genitore ..... Firma del Medico .....