

SCHEDA INFORMATIVA E DI CONSENSO ALL'ESECUZIONE DELLA COLONSCOPIA VIRTUALE ASSUNZIONE PER OS DI MEZZO DI CONTRASTO IODATO

Il Medico che la segue ha ritenuto opportuno proporle di sottoporsi a una Colonscopia Virtuale. La si informa che questo esame utilizza radiazioni ionizzanti (RX) per vedere all'interno del suo corpo. Il suo Medico ritiene che questo esame fornirà informazioni utili a capire meglio il suo problema clinico e quindi trattarlo con la terapia più opportuna. Prima dell'esame TC è prevista l'assunzione per os di mezzo di contrasto radiografico (Gastrografin), ossia di un liquido che ci permetterà una migliore visualizzazione dell'organo in studio.

I mezzi di contrasto attualmente a disposizione sono prodotti estremamente sicuri, già somministrati a milioni di pazienti, ma occasionalmente possono dare delle reazioni. I medici ed il personale di radiologia sono addestrati per curare nel modo migliore queste reazioni nel caso esse si verificassero.

Anche se molto raramente, come tutti i medicinali, Gastrografin può causare effetti collaterali indesiderati sebbene non tutte le persone li manifestino.

Questi effetti indesiderati correlati all'uso di mezzo di contrasto iodati normalmente sono di gravità lieve a moderata e di natura transitoria. Sono tuttavia state riportate reazioni gravi e potenzialmente letali. Vomito, nausea, diarrea sono le reazioni registrate con maggiore frequenza.

A scopo precauzionale viene comunque sempre inserito un ago cannula venoso.

L'esame prevede l'introduzione di apposita piccola sonda nel retto per l'insufflazione di aria allo scopo di distendere il colon.

E' necessario presentarsi all'esame a digiuno da 4/5 ore.

Prima dell'esame avverrà comunque un colloquio di inquadramento clinico-anamnestico ed esplicativo per ulteriori chiarimenti con lo specialista Radiologo che eseguirà l'indagine.

CONSENSO INFORMATO del paziente all'esecuzione dell'indagine RM

DA COMPILARE NEL CASO DI UTENTE MAGGIORENNE IN GRADO DI INTENDERE E DI VOLERE:

Il/la sottoscritto/a _____

DA COMPILARE NEL CASO DI UTENTE MINORENNE O AFFIDATO A TUTORE LEGALE:

I... sottoscritt... _____ e _____

In qualità di GENITOR... TUTORE LEGALE di _____

Ritiene/ritengono di essere stato/i sufficientemente informato/i sui rischi e sulle controindicazioni legate all'esposizione ai campi elettromagnetici generati dall'apparecchiatura RM. Pertanto, consapevole/i dell'importanza delle risposte fornite, ACCONSENTE/ACCONSENTONO l'esecuzione dell'esame.

Data _____ Firma/e _____

DICHIARA di essere stato informato esaurientemente in merito all'esame da eseguire e di esprimere il proprio consenso alla sua effettuazione.

Lo stato di gravidanza è una controindicazione all'esecuzione di un esame radiologico.

Al fine di analizzare con particolare attenzione il bilancio rischio-beneficio per la paziente in gravidanza, accertata o presunta, si chiede espressamente alle pazienti di questo studio, che non siano in grado di escludere la gravidanza di informare il radiologo.

(per le signore in età fertile, per le sole finalità mediche specificate nell'informativa stessa e giustificanti il rapporto instauratosi con il Titolare del Trattamento) La sottoscritta, inoltre, con la presente rivela il suo stato gravidico:

SI' NO

In fede

Firma del paziente (maggiorenne e in grado di intendere e di volere) o del tutore o del/dei genitore/i, se minore

Firma del medico _____

Data _____

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA (MALATTIE PRECEDENTI)

	SI	NO
SOFFRE O HA SOFFERTO DI ALLERGIE (AD ES. FEBBRE DA FIENO, ORTICARIA) O ASMA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HA AVUTO REAZIONI PRECEDENTI A MEZZI DI CONTRASTO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HA FUNZIONALITA' RENALE MOLTO ALTERATA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SOFFRE DI UNA GRAVE MALATTIA CARDIOCIRCOLATORIA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FA USO DI MEDICINALI? SE SI'. QUALI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SOFFRE DI DOLORI ADDOMINALI?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SOFFRE DI STIPSI?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E' MAI STATO SOTTOPOSTO/A AD APPENDICECTOMIA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HA FATTO L'ESAME DEL SANGUE OCCULTO NELLE FECI?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HA FAMILIARITA' PER TUMORE DEL COLON-RETTO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SOFFRE DI EMORROIDI?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALTRO		

Firma del medico _____

Data