



Casa di Cura Nuova Santa Teresa

CONSENSO INFORMATO e AUTORIZZAZIONE ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME COLONSCOPIA T.C.

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ il _____

Medico Richiedente _____

Indagine Proposta _____

INFORMATIVA E MODULO DI CONSENSO PER IL PAZIENTE.

Gentile paziente,

l'esame Colon TC o esame di colonscopia virtuale è un esame TC a bassa dose di radiazioni con scansioni mirate allo studio del colon, per la corretta esecuzione dell'esame e la sua attendibilità è necessaria la seguente procedura:

dopo essersi posizionato sul lettino, le verrà introdotto un catetere Foley nell'ano e le verrà insufflata dell'aria al fine di distendere il colon, tale procedura in genere comporta solo un lieve fastidio; in rari casi tuttavia possono verificarsi episodi di perforazione dell'intestino, nei casi più gravi si potrebbe rendere necessario un ricovero, si precisa che tale evenienza è su statistica internazionale molto rara. Al bisogno, se non presenti controindicazioni, può essere somministrato uno spasmolitico (Buscopan) o intramuscolo o per via endovenosa al fine di alleviare il fastidio dato dall'insufflazione e per migliorare la distensione del colon.

E' bene che lei informi il personale medico ed infermieristico di tali eventuali patologie di cui è affetto, di eventuali precedenti colonscopie ottiche eseguite nei giorni precedenti e della presenza di allergie ai farmaci.

Se la paziente è di sesso femminile, la invitiamo a confermare l'esclusione di un eventuale stato di gravidanza in corso; se non fosse sicura di questo la invitiamo a non sottoporsi all'esame e di procedere prima con un test di gravidanza.

CONSENSO INFORMATO (A CURA DEL PAZIENTE)

Informato dell'indicazione clinica, delle modalità di svolgimento e delle eventuali complicanze e rischi connessi l'esecuzione dell'indagine COLON TC, il paziente, ampiamente soddisfatto delle informazioni e dei chiarimenti ricevuti dal Dott. _____ dichiara di

- ACCONSENTIRE allo svolgimento della stessa.
- NON ACCONSENTIRE allo svolgimento della stessa.

Data _____

Firma del paziente o del titolare del consenso _____

Firma del Medico Responsabile dell'esame _____