



DATI PAZIENTE (etichetta se disponibile)

Nome: \_\_\_\_\_

Cognome: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

VERIFICA:GB  
APPROVAZIONE: MV

### CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELLA RETTOSIGMOIDOSCOPIA

#### Dati del paziente:

Cognome e Nome ..... sesso  M  F  
 nato/a il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ a .....Recapito telefonico .....  
 Residente a ..... in via ..... n. ....

Questa informazione al consenso viene presentata a:

Paziente

Genitori (per i minori indicare i dati dei due genitori)  
*Primo genitore:* Cognome e Nome ..... nato il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_  
*Secondo genitore:* Cognome e Nome ..... nato il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Tutore  Amministratore di sostegno  
 Cognome e Nome ..... nato il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 dal Dott./Dott.ssa: Cognome:..... Nome: .....

UOC ..... Telefono .....

#### 1. Condizioni/motivazioni cliniche per cui si propone l'esecuzione della rettosigmoidoscopia:

.....  
 .....  
 .....

Ho compreso le condizioni cliniche per cui mi si propone la rettosigmoidoscopia ?

Sì  Ho chiesto ulteriori chiarimenti

#### 2. Informazioni e rischi riguardo all'esecuzione della rettosigmoidoscopia:

##### **Cos'è, come si esegue la rettosigmoidoscopia e quali sono i benefici attesi**

Consiste nell'introduzione di una sonda flessibile (colonscopio) attraverso l'orifizio anale per esplorare e visualizzare la mucosa del retto e del primo tratto del colon, generalmente fino al sigma, in precedenza opportunamente pulito per mezzo di un clistere. L'esame permette un' accurata ispezione della mucosa del retto e del sigma permettendo quindi di verificare la presenza di eventuali patologie ad esempio di tipo





DATI PAZIENTE (etichetta se disponibile)

Nome: \_\_\_\_\_

Cognome: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

VERIFICA:GB

APPROVAZIONE: MV

infiammatorio. Inoltre possono essere prelevati piccoli frammenti di mucosa (biopsie) per esame istologico. Manovre più complesse come ad esempio l'asportazione di polipi vengono generalmente eseguite dopo una colonscopia preceduta da un'adeguata pulizia intestinale.

Dopo aver acquisito il consenso del paziente, si monitorizzano la frequenza cardiaca, la saturazione d'ossigeno del sangue e la pressione arteriosa. A seconda del giudizio del medico operatore, e in accordo con il paziente, può essere eseguita una sedazione mediante somministrazione di un sedativo/analgesico endovena, ma generalmente la rettosigmoidoscopia viene eseguita senza sedazione.

L'esame viene eseguito preferibilmente sul fianco sinistro, ma nel corso della procedura può essere necessario cambiare posizione. Durante l'esame si insuffla aria in quantità adeguata a distendere le pareti degli organi da esaminare e facilitarne la visione; questo può causare al paziente una sensazione di distensione addominale che non deve allarmare, in quanto assolutamente transitoria. Il superamento di alcune curve può provocare temporaneamente modico dolore, talora più intenso in caso di particolare lunghezza e/o tortuosità del sigma o in presenza di aderenze da precedenti interventi chirurgici o trattamenti radioterapici.

### **Complicanze della rettosigmoidoscopia**

La rettosigmoidoscopia diagnostica è generalmente sicura. Le complicanze sono rare e orientativamente sicuramente inferiori a quelle riportate per la più complessa colonscopia diagnostica (generalmente inferiori allo 0.1-0.6%).

### **Come si disinfettano/sterilizzano gli strumenti**

Al fine di garantire una prestazione sicura e libera da rischio infettivo per l'utente e per gli operatori sanitari, i dispositivi medici riutilizzabili (endoscopi e accessori poli-uso) sono puliti a fondo (superfici esterne e canali interni) immediatamente dopo ogni procedura con detergenti proteolitici, per rimuovere ogni materiale organico potenzialmente contaminante. A seguire, il materiale considerato semicritico (come l'endoscopio) è sottoposto a un ciclo di disinfezione di alto livello in specifiche lava endoscopi. Al termine del ciclo di disinfezione gli endoscopi vengono asciugati e, se non utilizzati subito, sono riposti in appositi armadi areati che consentono lo stoccaggio verticale per proteggerli dalla polvere, da possibili fonti di contaminazioni e dalle alte temperature.

Gli accessori monouso come le pinze biottiche vengono smaltiti, dopo l'impiego, secondo la normativa di legge vigente. A tutela della sicurezza degli utenti non è previsto il loro recupero e riutilizzo.

Ho compreso le informazioni e i rischi della rettosigmoidoscopia ?

Sì

Ho chiesto ulteriori chiarimenti



DATI PAZIENTE (etichetta se disponibile)

Nome: \_\_\_\_\_

Cognome: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

VERIFICA:GB

APPROVAZIONE: MV

### **3. Benefici attesi:**

L'esame cui sta per sottoporsi permette un'accurata ispezione della superficie interna del rettosigma; attraverso tale procedura è quindi possibile verificare la presenza di patologie (ad es. infiammazione e polipi). Qualora sia necessario, attraverso questo esame è inoltre possibile effettuare manovre di approfondimento diagnostico come ad esempio la biopsia, che consiste nel prelievo di piccoli campioni di tessuto intestinale

Ho compreso i benefici attesi?

Sì  Ho chiesto ulteriori chiarimenti

### **4. Possibili alternative relative a quanto proposto:**

Clisma opaco, colonscopia virtuale e colonscopia con videocapsula sono attualmente le tecniche alternative alla rettosigmoidoscopia. Le prime due sono tecniche radiologiche, l'ultima è una tecnica endoscopica. Nessuna di queste permette di eseguire biopsie per esame istologico. L'eventuale indicazione a queste procedure alternative deve essere valutata con il proprio medico considerando rischi e benefici delle singole procedure

Ho compreso le eventuali possibili alternative relative a quanto proposto?

Sì  Ho chiesto ulteriori chiarimenti

### **5. Possibili conseguenze nel caso non venga eseguito quanto proposto:**

La mancata esecuzione della procedura impedisce la visualizzazione diretta della mucosa del retto e del primo tratto dell'intestino crasso e quindi la possibilità di riconoscere alterazioni, anche di piccole dimensioni, a carico della parete di tale porzione. E' inoltre importante ricordare che durante la rettosigmoidoscopia è possibile effettuare manovre diagnostiche come ad es. biopsie che possono portare ad un chiarimento o alla soluzione del problema clinico per cui l'esame viene effettuato.

Ho compreso le conseguenze derivanti dalla mancata esecuzione?

Sì  Ho chiesto ulteriori chiarimenti

### **6. Informazioni aggiuntive:**

L'esame potrà essere effettuato in toto o in parte da un Medico in Formazione, in presenza di uno Specialista Esperto, così come previsto dal Regolamento della Scuola di Specializzazione in Malattie dell'Apparato Digerente.



DATI PAZIENTE (etichetta se disponibile)

Nome: \_\_\_\_\_

Cognome: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

VERIFICA:GB  
APPROVAZIONE: MV

**DICHIARAZIONE DEL MEDICO**

Io sottoscritto/a..... dichiaro di aver informato ..... di aver dato tutte le informazioni trattate all'interno del presente modulo di consenso, in modo chiaro, con linguaggio semplice, assicurandomi della sua comprensione, di aver risposto ad ogni domanda e prendere atto della sua libera decisione di seguito espressa.

Data \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ Firma e matricola del medico.....

**ESPRESSIONE DEL CONSENSO**

Io sottoscritto/a dichiaro di aver ricevuto le informazioni che mi hanno permesso di comprendere le mie condizioni cliniche e il trattamento/esame proposto, anche alla luce degli ulteriori chiarimenti da me richiesti.

Valutate le informazioni ricevute:

**ACCONSENTO**

**NON ACCONSENTO**

all'esecuzione della **rettosigmoidoscopia** compresa ogni manovra connessa e complementare

Sono stato informato/a del fatto che in ogni caso potrò revocare il consenso che qui sto esprimendo.

Data \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ Firma del paziente/genitori/tutore/amministratore di sostegno

.....  
.....

Per minori maturi: è stato informato il minore maturo  Firma del minore.....

**Firma dell'eventuale mediatore culturale** .....

Testimone (se presente): Nome.....Cognome.....

Rapporto con il paziente.....

Firma.....





DATI PAZIENTE (etichetta se disponibile)

Nome: \_\_\_\_\_

Cognome: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

VERIFICA:GB  
APPROVAZIONE: MV

**REVOCA DEL CONSENSO**

Io sottoscritto/a ....., dopo essere stato informato sulle motivazioni e la natura dell'atto clinico proposto, sui suoi benefici, rischi, alternative, e sulle conseguenze nel caso in cui non venga eseguito, revoco il consenso qui precedentemente espresso.

Data \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

*Firma del paziente/genitori/tutore/amministratore di sostegno*

.....  
.....

