



Unità Operativa UO Gastroenterologia ed Endoscopia

Padiglione Regina Elena Piano 3°  
Indirizzo via M. Fanti 6

Telefoni: Segreteria 02 55033418; Reparto 02 55035585; Email gastro@policlinico.mi.it

**CONSENSO INFORMATO per Rettosigmoidoscopia**

**Data**

<p><b>Responsabile Unità Operativa</b></p> <p>Prof. Maurizio Vecchi Tel. <b>02 5503 3418</b> Email <a href="mailto:gastro@policlinico.mi.it">gastro@policlinico.mi.it</a></p> <p>Altri Riferimenti:</p> <p><b>Referenti di Area</b></p> <p>Prof. Roberto Penagini Tel. 02 5503 5585 Email <a href="mailto:gastro@policlinico.mi.it">gastro@policlinico.mi.it</a></p>	<p><i>Gentile Signore/a,</i></p> <p><i>Nella relazione di cura fra medico e paziente è importante che vi siano dei momenti in cui confrontarsi sulle scelte di salute: in particolare, è suo diritto ricevere tutte le informazioni necessarie per poter scegliere in modo consapevole.</i></p> <p><i>Questo documento ha lo scopo di affiancare il medico nel fornirle un'informazione corretta e completa riguardo le sue condizioni cliniche, affinché Lei possa esprimere una scelta libera e informata.</i></p> <p>Questa informazione al consenso per la procedura di <u>Rettosigmoidoscopia</u> viene presentata a:</p> <p>COGNOME:                      NOME: DATA NASCITA:                      LUOGO DI NASCITA: SESSO: <input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>F</p> <p>dal dott./dott.ssa: COGNOME:                      NOME:</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**1. Condizioni/motivazioni cliniche per cui si propone la procedura**

In questo momento si considera indicato per lei eseguire una rettosigmoidoscopia, per le seguenti motivazioni:

.....

.....

.....

.....

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

Sì                       Ho chiesto ulteriori chiarimenti

**2. Informazioni riguardo la procedura:**

Si veda la SCHEDA INFORMATIVA allegata.

Viene allegata una scheda informativa

Ho compreso le informazioni riguardo la procedura?

Sì

Ho chiesto ulteriori chiarimenti

### **3. Benefici attesi**

L'esame cui sta per sottoporsi (RETTOSIGMOIDOSCOPIA) permette un' accurata ispezione della superficie interna del retto e del primo tratto dell'intestino crasso (fino al sigma); attraverso tale procedura è quindi possibile verificare la presenza di patologie come ad es. l'infiammazione che interessano questa parte. Qualora sia necessario, attraverso la rettosigmoidoscopia è inoltre possibile effettuare manovre di approfondimento diagnostico (come ad esempio la biopsia, che consiste nel prelievo di piccoli campioni di tessuto intestinale); manovre più complesse (ad. esempio l'asportazione di polipi) vengono generalmente eseguite durante una colonscopia. Per quanto riguarda le specifiche procedure diagnostiche si consiglia di consultare attentamente la SCHEDA INFORMATIVA allegata.

Ho compreso i benefici attesi?

Sì

Ho chiesto ulteriori chiarimenti

### **4. Rischi connessi con la procedura**

Si veda la SCHEDA INFORMATIVA allegata.

Ho compreso i rischi connessi con la procedura?

Sì

Ho chiesto ulteriori chiarimenti

### **5. Possibili conseguenze e problemi di recupero**

Al termine della procedura potrà percepire una sensazione di distensione addominale, dovuta all'aria insufflata nell'intestino durante l'esame, che potrà provocarle sensazione di fastidio o di lieve dolenzia; tale sensazione andrà progressivamente attenuandosi nell'arco di poche ore.

Ho compreso i possibili esiti e problemi di recupero connessi con la procedura?

Sì

Ho chiesto ulteriori chiarimenti

### **6. Possibili conseguenze nel caso non venga eseguita la procedura**

La mancata esecuzione della procedura impedisce la visualizzazione **diretta** della mucosa 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 ricordarLe 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

**DICHIARAZIONE DEL MEDICO**

Io sottoscritto/a ..... dichiaro di aver informato il paziente sulle sue condizioni cliniche e sui relativi possibili trattamenti, procedure ed accertamenti, 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 del medico .....

**FIRMA INFORMATIVA**

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

Data ...../...../.....      Firma del paziente.....

Firma dell'eventuale mediatore culturale .....

**ESPRESSIONE DEL CONSENSO**

*Le viene qui richiesto di dichiarare o di rifiutare il suo consenso alla procedura che La riguarda. In ogni caso Lei potrà comunque, in qualsiasi momento successivo, revocare il consenso che qui sta esprimendo.*

Io sottoscritto/a ....., valutate le informazioni ricevute:

**ACCONSENTO**

**NON ACCONSENTO**

al trattamento/procedura/accertamento proposto,

Data ...../...../.....      Firma del paziente.....

**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 cui mi espongo nel caso in cui non venga eseguito, revoco il consenso precedentemente espresso.

Data ...../...../.....      Firma del paziente .....