



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 COLONSCOPIA

Data

<p>Responsabile Unità Operativa</p> <p>Prof. Maurizio Vecchi Tel. 02 5503 3418 Email gastro@policlinico.mi.it</p> <p>Altri Riferimenti:</p> <p>Referenti di Area</p> <p>Prof. Roberto Penagini Tel. 02 5503 5585 Email gastro@policlinico.mi.it</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 e Scegli dall'elenco in questione, affinché Lei possa esprimere una scelta libera e informata.</i></p> <p>Questa informazione al consenso per la procedura di <u>colonscopia</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:

.....

.....

.....

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. Informazioni sulla sedazione:

Durante l'esame endoscopico, per permettere allo strumento di progredire, viene insufflata dell'aria

all'interno dell'intestino. L'aria insufflata può provocare distensione dell'intestino stesso e far insorgere di conseguenza sensazioni che possono andare dal lieve fastidio al franco dolore addominale. Per prevenire la comparsa di tali sensazioni e per rendere l'esame più sopportabile è possibile utilizzare farmaci sedativi-antidolorifici (es. midazolam o meperidina), se non sussistono controindicazioni.

Questi farmaci possono determinare riduzione della frequenza e della profondità della respirazione; per tale motivo durante l'esame verranno costantemente monitorati i Suoi parametri vitali (in particolare l'ossigenazione del sangue e la frequenza cardiaca). In caso di necessità il medico che esegue l'esame potrà provvedere a somministrare ossigeno in maschera oppure utilizzare specifici farmaci che eliminano gli effetti indesiderati dei sedativi.

Ho compreso quanto attiene l'impiego durante l'esame di farmaci sedativi/analgesici?

Sì

Ho chiesto ulteriori chiarimenti

4. Benefici attesi:

L'esame cui sta per sottoporsi (COLONSCOPIA) permette un' accurata ispezione della superficie interna dell'intestino crasso (COLON); attraverso tale procedura è quindi possibile verificare la presenza di patologie (ad es. infiammazione, polipi ecc...) che interessano il colon. Qualora sia necessario, attraverso la colonscopia è inoltre possibile effettuare manovre di approfondimento diagnostico (come ad esempio la biopsia, che consiste nel prelievo di piccoli campioni di tessuto intestinale) o di vera e propria terapia (ad esempio asportazione di polipi). Per quanto riguarda le specifiche procedure diagnostico/terapeutiche si consiglia di consultare attentamente la SCHEDA INFORMATIVA allegata.

Ho compreso i benefici attesi?

Sì

Ho chiesto ulteriori chiarimenti

5. Probabilità di successo/insuccesso riguardo la procedura:

Viene definito come insuccesso della COLONSCOPIA l'impossibilità di eseguire una valutazione accurata di TUTTO il colon. Nel nostro Centro la COLONSCOPIA permette di valutare tutto l'intestino crasso (dall'ano sino al cieco) in più del 90% dei pazienti che si sottopongono alla procedura per screening. Le motivazioni per cui nel restante 5-10% circa dei casi non è possibile visualizzare tutto il colon possono essere diverse: la conformazione del colon (in particolare quando particolarmente lungo o tortuoso), la scadente pulizia intestinale (la presenza di abbondante quantità di feci solide impedisce la normale progressione dello strumento), la comparsa durante l'esame di riflessi vagali (ad. esempio riduzione della frequenza cardiaca, nausea, vomito, sudorazione profusa) o di dolore non controllabile con l'infusione di farmaci comunemente usati per la sedazione. Non è inoltre possibile completare l'esame del colon qualora siano presenti nel Suo intestino tratti di calibro estremamente ridotto (stenosi) che impediscano il passaggio in sicurezza dello strumento. Sfortunatamente non è possibile stabilire prima di cominciare l'esame se nel Suo caso specifico si verificheranno una o più delle condizioni precedentemente descritte. Per quanto riguarda le probabilità di successo/insuccesso delle manovre terapeutiche (ad es. della polipectomia) si rimanda alla SCHEDA INFORMATIVA.

Ho compreso le probabilità di successo e insuccesso riguardo la procedura?

Sì

Ho chiesto ulteriori chiarimenti

6. Rischi connessi con la procedura:

Si veda la SCHEDA INFORMATIVA allegata.

Ho compreso i rischi connessi con la procedura?

Sì

Ho chiesto ulteriori chiarimenti

7. Possibili conseguenze e problemi di recupero:

Al termine della procedura rimarrà per un breve periodo di tempo (da 30 min a qualche ora, a seconda del tipo di procedura effettuata) in osservazione presso il Nostro Reparto, dopo di che potrà tornare, previo parere positivo del personale che ha effettuato l'esame, a domicilio. 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.

Se per l'esame Le sono stati somministrati farmaci sedativi-antidolorifici gli effetti (sensazione di sonnolenza, e rallentamento dei riflessi) potranno permanere per alcune ore al termine dell'esame; per tale motivo non dovrà, per tutta la giornata dell'esame, mettersi alla guida di veicoli.

Qualora abbia effettuato una polipectomia potrà rendersi necessario (a giudizio del personale che avrà effettuato l'esame) un ricovero breve (generalmente in Day Hospital) per monitorare le Sue condizioni.

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

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 e Scegli dall'elenco propostomi, 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 per Scegli dall'elenco 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