 CENTRO MEDICO SPECIALISTICO Via Fava 2/B – 37139 Verona	Modulo di consenso informato all'atto sanitario	Rif. PRQ_GRC-002
	<b>INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO</b> <b>COLONSCOPIA VIRTUALE – COLON CT</b>	<b>INFO_RDL-005</b> Rev. 0 del 04.01.24

Gentile Signora/Egregio Signore,

una adeguata informazione sul piano di cura rappresenta un elemento indispensabile per lo svolgimento di ogni attività sanitaria e costituisce una parte essenziale del piano diagnostico, terapeutico ed assistenziale. Per tale motivo, ad integrazione del colloquio con il medico, riteniamo utile fornirle la presente informativa, che Le permetta di divenire il più possibile partecipe dell'impegno comune alla tutela della Sua salute e di affidarsi con consapevolezza al trattamento condiviso. Le informazioni contenute in questo documento mirano ad illustrare le caratteristiche dell'attività sanitaria in oggetto, le modalità di esecuzione, i benefici, nonché le possibili controindicazioni del trattamento. Tali informazioni tuttavia, in relazione al loro carattere generale, non sostituiscono il più esteso ed articolato colloquio informativo con il medico. **LA COLONSCOPIA VIRTUALE – COLON CT** trova indicazione in considerazione della sintomatologia e della patologia riscontrata. È importante che riferisca al medico informazioni veritiere sul suo stato di salute, al fine di valutare possibili controindicazioni all'esecuzione dell'esame.

### INFORMAZIONI GENERALI SULLA COLONSCOPIA VIRTUALE


La colonscopia virtuale è una indagine radiologica alternativa al clisma del colon a doppio contrasto, che consente di studiare la parete del colon simulando la colonscopia tradizionale; in pratica si tratta di una **procedura simil-endoscopica condotta al computer utilizzando immagini di tomografia computerizzata (TC) ottenute con radiazioni ionizzanti**. Poiché si tratta di un esame che espone a radiazioni ionizzanti se ne deve evitare l'utilizzo in assenza di un'indicazione clinica specifica, in tal senso, le donne in età fertile devono escludere gravidanze in corso. L'indagine viene eseguita a paziente digiuno, previa preparazione intestinale che le verrà prescritta al momento della prenotazione. Un'adeguata pulizia intestinale ha lo scopo di liberare l'intestino dal contenuto liquido e dal contenuto fecale in modo da consentire una corretta interpretazione delle immagini. Il giorno dell'esame (o il giorno precedente) può essere somministrata, per via orale, una soluzione di mezzo di contrasto iodato. Sono consentiti i farmaci che di solito assume. Si tratta di un esame radiologico che studia le pareti del colon alla ricerca di polipi e/o cancro. L'indagine va effettuata: - in tutti i pazienti intolleranti alla colonscopia tradizionale, - in caso di colonscopia tradizionale incompleta, - in pazienti anziani e/o in condizioni precarie di salute e nei pazienti con controindicazioni alla colonscopia tradizionale (ad esempio pazienti cardiopatici, bronchitici cronici), - a scopo di screening per identificare precocemente una neoplasia del colon in tutti i soggetti di età superiore ai 50 anni o nei soggetti a rischio (soggetti con anamnesi familiare specifica positiva), - controllo dopo asportazione di polipi del colon. Consente di identificare più del 90% dei polipi di dimensioni  $\geq 10$  mm che sono quelli più significativi (a rischio di trasformazione in tumore maligno), individuare un tumore maligno in fase precoce (quando ancora non siano presenti sintomi), completare lo studio del colon in caso di una colonscopia tradizionale incompleta, identificare la presenza di diverticoli e valutarne gravità ed estensione. L'esame è meno attendibile nell'individuazione di polipi di piccole dimensioni (inferiori ai 6 mm), che hanno comunque bassa probabilità di diventare un tumore maligno, e delle rare lesioni piatte, peraltro difficili da identificare anche con altre indagini diagnostiche. Nel caso in cui siano individuati dei polipi, si rende necessaria l'esplorazione dell'intestino con la colonscopia tradizionale allo scopo di asportarli.

### MODALITA' DI ESECUZIONE DELL'INDAGINE

Il paziente viene posizionato sul lettino della TC in decubito laterale. Poi attraverso un sondino di gomma flessibile, posizionato nel retto, viene insufflata anidride carbonica o aria ambiente, allo scopo di distendere le anse intestinali, la distensione in genere è ben tollerata. Durante l'esame si potrebbe avvertire un modesto gonfiore addominale, raramente dolore. Per una ottimale esecuzione dell'indagine può essere necessaria, talvolta, la premedicazione con una iniezione intramuscolare di un farmaco spasmolitico (Buscopan) allo scopo di meglio distendere le anse del colon. In alcuni casi l'indagine può richiedere, a scopo di approfondimento diagnostico, la somministrazione di mezzo di contrasto organo - iodato per via endovenosa. L'indagine ha una durata media di circa 15-20 minuti.

### RISCHI E POSSIBILI EFFETTI COLLATERALI

Dopo l'esame potrebbe avvertire una sensazione di tensione e gonfiore addominale, che si risolve spontaneamente dopo circa 30 min; nel caso la sintomatologia persistesse per oltre due ore o dovesse comparire del sangue nelle feci è necessario rivolgersi alla Radiologia dove è stato eseguito l'esame o recarsi dal medico curante o al pronto soccorso (con la documentazione clinica). Raramente sono descritti casi di perforazione intestinale. Condizioni morbose croniche dell'intestino quali il morbo di Crohn o la rettocolite ulcerosa aumentando il rischio di perforazione, rendono controindicato l'esame. Molto raramente sono state segnalate reazioni vaso-vagali dovute alla distensione del colon. E' altresì possibile la comparsa di effetti collaterali rari ed imprevedibili non segnalati e l'aumento di probabilità di comparsa degli effetti collaterali segnalati per patologie concomitanti e l'esecuzione di altri trattamenti (farmacologici, chemioterapici,..).

 <b>CENTRO MEDICO SPECIALISTICO</b> Via Fava 2/B – 37139 Verona	Modulo di consenso informato all'atto sanitario	Rif. PRQ_GRC-002
	<b>INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO</b> <b>COLONSCOPIA VIRTUALE – COLON CT</b>	<b>INFO_RDL-005</b>  Rev. 0 del 04.01.24

**ANAMNESI E VALUTAZIONE DI POSSIBILI CONTROINDICAZIONI**

Prima di eseguire il trattamento è necessario informare il sanitario circa l'eventuale presenza di determinate situazioni cliniche. Pertanto, consapevole dell'importanza di fornire informazioni precise e veritiere in merito al mio stato di salute, in quanto il trattamento potrebbe non essere indicato o addirittura controindicato in presenza di alcune patologie e/o stati personali, dichiaro:

E' affetto da morbo di Crohn?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
E' affetto da rettocolite ulcerosa?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
E' affetto da ipersensibilità ai mezzi di contrasto iodati?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

**ASSUNZIONE DI RESPONSABILITA' DEL PAZIENTE**

Ho discusso con il medico dei possibili rischi e delle eventuali prevedibili conseguenze specificamente connessi con la situazione che mi riguarda e ritengo di aver ricevuto esaurienti notizie in merito all'indagine in argomento. Ho comunque appreso che, sulla base della consolidata esperienza clinica, l'entità dei benefici attesi prevale su quella dei possibili effetti indesiderati. Dichiaro di essere stato informato/a sul tipo di rischi che la stessa potrebbe comportare. Sono altresì informato che, nel caso in cui rifiutassi di effettuare l'esame proposto dal medico, potrebbe essere valutata la possibilità di eseguire un test diagnostico alternativo, essendo tuttavia informato che la non esecuzione dell'indagine potrebbe implicare: i) un'incompletezza nell'iter diagnostico con una carente formulazione della diagnosi finale; ii) l'inizio o la prosecuzione della terapia in termini empirici, ovvero la limitata possibilità di stabilire una corretta terapia con tutto ciò che ne deriva in termini di prognosi.

**DATI IDENTIFICATIVI**

<b>COGNOME E NOME</b>	
<b>DATA DI NASCITA</b>	
<b>NOMINATIVO DEL / DEI GENITORI O TUTORE LEGALE, SE MINORE/INCAPACE:</b>	

**DATI SANITARI**

**DESCRIZIONE DELLA PATOLOGIA E/O DELLA ESIGENZA CLINICA**

.....

.....

**MANIFESTAZIONE DI CONSENSO INFORMATO ALLA COLONSCOPIA VIRTUALE**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

(1) in qualità di esercente la potestà sul minore.....

(2) in qualità di tutore del degente.....

Informato/a dal Prof./Dott. \_\_\_\_\_ sul tipo di indagine diagnostica da eseguire e precisamente COLONSCOPIA VIRTUALE (per la quale è garantita la riservatezza dei dati personali utilizzabili per eventuali studi o pubblicazioni scientifiche). Reso/a consapevole:

- sul parere del sanitario che il trattamento proposto è quello che offre il miglior rapporto rischio/beneficio sulla base delle conoscenze attuali;
- della possibilità che l'indagine, una volta avviata, possa essere interrotta a mia richiesta, senza pregiudicare l'attività assistenziale, ma senza ottenere l'informazione ricercata;
- dei rischi relativi e di eventuali danni per la salute (temporanei e permanenti) e per la vita.

**Preso visione delle informazioni relative all'indagine/procedura in oggetto e valutate le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati forniti, avendo compreso quanto sopra sinteticamente riportato:**

**accetto l'indagine proposta**
  
 **rifiuto l'indagine proposta**

DATA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_    FIRMA DEL PAZIENTE \_\_\_\_\_    FIRMA DEL MEDICO RADIOLOGO \_\_\_\_\_