

 CENTRO MEDICO SPECIALISTICO Via Fava 2/B – 37139 Verona	Modulo di consenso informato all'atto sanitario	Rif. PRQ_GRC-002
	INFORMATIVA E CONSENSO RETTOSIGMOIDOSCOPIA	INFO_AMB-004 Rev. 2 del 18.12.25

Gentile Paziente _____, una adeguata informazione sul piano di cura è elemento indispensabile per lo svolgimento di ogni attività sanitaria e costituisce parte fondamentale del piano 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, le modalità di esecuzione, i benefici, nonché possibili rischi e 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 procedura diagnostico-terapeutica consigliata di **RETTOSIGMOIDOSCOPIA** 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 SULL'INDAGINE RETTOSIGMOIDOSCOPIA

La rettosigmoidoscopia è un esame endoscopico invasivo che consente al medico di osservare la mucosa del retto e del sigma mediante una sonda flessibile introdotta attraverso l'orifizio anale. Durante l'esecuzione dell'esame, il paziente è di norma sdraiato sul fianco sinistro, con le cosce flesse sul bacino e le ginocchia piegate, in posizione fetale. La permanenza in astanteria dopo l'esame è normalmente intorno ai 15 minuti, al fine di monitorare adeguatamente tutti i parametri e consentire al paziente una dimissione in totale sicurezza. Al termine dell'indagine endoscopica non sono previsti trattamenti farmacologici o antibiotici. Se è stato necessaria la sospensione della terapia farmacologica, la stessa dovrà essere ripresa secondo le indicazioni del proprio medico o del medico responsabile dell'esame.

MODALITA' DI ESECUZIONE DEL TRATTAMENTO

L'esame dura, nella maggior parte dei casi, una decina di minuti e provoca solitamente modesto dolore, legato soprattutto all'insufflazione d'aria attraverso l'endoscopio allo scopo di distendere le pareti del sigma e del retto. L'esame viene eseguito preferibilmente sul fianco sinistro ma nel corso della procedura può essere necessario cambiare posizione. Prima dell'esame è indispensabile che il medico venga informato di eventuali malattie e/o allergie, se il paziente è portatore di pacemaker o di altra apparecchiatura impiantabile che possa interferire con strumenti elettromedicali. Nel caso in cui il paziente assumesse farmaci anticoagulanti e/o antiaggreganti, in previsione dell'esame, potrebbe rendersi necessaria la loro sospensione o sostituzione, previo consulto con lo specialista di riferimento. Nel caso di allergia al lattice si renderà necessario uno specifico allestimento della sala di endoscopia e utilizzo di materiali particolari. Durante l'esame possono essere prelevati piccoli frammenti di mucosa (biopsie) per esame istologico.

Con la firma di questo documento il paziente autorizza il medico operatore ad eseguire durante la rettosigmoidoscopia, nel caso in cui lo ritenesse necessario, prelievi per esami istologici e approfondimenti immunoistochimici. In tal caso l'esecuzione di uno o più prelievi biotipici comporterà l'applicazione di uno specifico tariffario: 1 campione: € 55,00 - 2 campioni: € 95,00 - 3 campioni: € 130,00 - 4 campioni: € 160,00 - 5 campioni: € 190,00 - 6 campioni: € 220,00. **Laddove, nel corso dell'indagine di rettosigmoidoscopia diagnostica fosse opportuno un intervento operativo (es. Polipectomia in caso di individuazione di polipi), il medico operatore valuterà l'opportunità di eseguire una rettosigmoidoscopia operativa.** La polipectomia potrà essere eseguita con tecniche diverse in base alle caratteristiche del polipo. Durante la polipectomia si possono iniettare sostanze coloranti permanenti, che consentono di riconoscere la sede del polipo in corso di successivi esami di controllo. In caso di emorragie spontanee, o secondarie a biopsie o polipectomie, il medico, per ottenere l'emostasi, può eseguire atti terapeutici, come l'iniezione di sostanze vasocostrittive e/o emostatiche, o con l'utilizzo di sonde laser, lacci o clips. **L'estensione dell'esame da rettosigmoidoscopia diagnostica a rettosigmoidoscopia operativa prevede una tariffa aggiuntiva** legata all'incremento della tempistica endoscopica nonché all'utilizzo di materiali operatori aggiuntivi. Pertanto, in caso di estensione dell'indagine endoscopica, il costo di tale intervento può subire un incremento fino ad € 130,00. Laddove decidesse di non autorizzare tale passaggio, per sua libera scelta e consapevole dei rischi connessi come ampiamente illustrato dal Medico, quest'ultimo provvederà all'esecuzione della sola indagine diagnostica elaborando il conseguente referto e lasciando alla sua responsabilità la gestione del successivo percorso clinico.

RISCHI E POSSIBILI COMPLICANZE

La rettosigmoidoscopia è una procedura endoscopica minimamente invasiva, generalmente ben tollerata e associata a bassa incidenza di complicanze. Le principali possibili complicanze sono: **Emorragia** (può verificarsi raramente, in particolare in seguito all'esecuzione di biopsie o di manovre operative (ad es. asportazione di polipi). Nella maggior parte dei casi è di lieve entità e autolimitante; solo eccezionalmente può richiedere trattamento endoscopico); **Perforazione** (evento molto raro, consiste in una lesione della parete intestinale. Il rischio aumenta in presenza di manovre operative. In alcuni casi può essere trattata endoscopicamente; nei casi più significativi può rendersi necessario un intervento chirurgico); **Batteriemia** (durante l'esame può verificarsi un transitorio passaggio di batteri nel circolo sanguigno, generalmente privo di conseguenze nei soggetti sani. Nei pazienti a rischio (es. portatori di protesi valvolari) può essere valutata profilassi antibiotica); **Disturbi post-procedura** (lieve dolore o fastidio, sensazione di gonfiore, modesta urgenza evacuativa). Tali sintomi sono generalmente transitori e si risolvono spontaneamente in breve tempo. In rari casi, soprattutto dopo manovre operative, può rendersi necessaria un'osservazione clinica più prolungata o un approfondimento diagnostico. Dopo l'esame il paziente potrebbe avvertire la permanere di gonfiore e dolori addominali che normalmente si esauriscono in alcuni minuti senza necessità di manovre o terapie aggiuntive. Nel caso in cui vengano effettuate manovre terapeutiche, a seconda del giudizio del medico, può essere indicata un'osservazione clinica più prolungata. Le sopra indicate complicanze, correlate all'espletamento dell'indagine e/o ad esigenze soggettive del paziente, potrebbero richiedere un prolungamento delle tempistiche di osservazione all'interno della struttura prima della dimissione o, nel caso in cui le complicanze richiedessero una presa in carico in ambiente ospedaliero, potrebbero rendere necessario il trasporto in struttura protetta (Ospedale Borgo Trento, Piazzale Aristide Stefani, 1 - 37126 Verona). In ogni caso, qualora dovessero persistere, peggiorare o ripresentarsi dolori, gonfiore od emorragie si raccomanda di contattare il seguente recapito telefonico: 3472725622. Nel caso di difficoltà a reperire il medico che ha espletato l'esame, il paziente può contattare il Centro CEMS utilizzando il numero del centralino 0459230404 oppure recarsi dal Suo medico o al Pronto Soccorso più vicino con la documentazione clinica in suo possesso.

INFORMATIVA E CONSENSO RETTOSIGMOIDOSCOPIA

INFO_AMB-004

Rev. 2 del 18.12.25

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'atto sanitario 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 l'opportunità di eseguire un trattamento alternativo laddove possibile, essendo tuttavia informato che la non esecuzione dell'indagine potrebbe implicare: 1) un'incompletezza nell'iter diagnostico con una carente formulazione della diagnosi finale; 2) 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. Sono stato infine informato che in caso di impossibilità ad eseguire l'indagine colonscopica per ragioni non dipendenti dal Centro e derivanti dalla mancata osservanza della preparazione ricevuta in sede di prenotazione dell'indagine, la prestazione sarà intesa come interamente prestata e dovrà essere corrisposta sulla base del tariffario CEMS.

MANIFESTAZIONE DI CONSENSO INFORMATO ALLA RETTOSIGMOIDOSCOPIA

Io sottoscritto/a dichiaro di essere stato/a adeguatamente informato/a sull'indagine RETTOSIGMOIDOSCOPIA. Ho dunque ricevuto informazioni, chiarimenti e risposte esaurienti ad ogni mia domanda da parte del medico responsabile dell'atto sanitario, letto e compreso la descrizione riportata sul presente modulo relativa agli scopi, alla modalità di esecuzione e alle possibili complicanze di questo esame, nonché di aver fornito informazioni veritiere sul mio stato di salute. Dichiaro inoltre di aver osservato le indicazioni riportate nel modulo di preparazione all'esame. Dichiaro inoltre di essere a conoscenza che in ogni trattamento sanitario vi è possibilità di conseguenze dannose, a volte anche imprevedibili, nonostante il corretto comportamento dell'operatore. Concordo sul fatto che la pratica medica e chirurgica non sia una scienza esatta dipendendo in parte dalle variabili soggettive del paziente che per definizione è unico. Benché nel caso specifico siano previsti buoni risultati, questi non possono essere garantiti come certi ma come ipotesi possibili. Preso atto di tutte le informazioni ritengo di aver ottenuto gli elementi indispensabili per giungere ad una decisione consapevole. Dichiaro infine di essere stato adeguatamente informato che, laddove clinicamente necessario, è possibile una variazione della procedura endoscopica da diagnostica a operativa e che ciò comporta una variazione di tariffario di cui mi ritengo adeguatamente. Sulla base delle informazioni apprese mediante l'informativa che precede il presente documento, nonché sulla base delle spiegazioni chiare e comprensibili ricevute durante il colloquio con il/la Dott. / D.ssa. sulle modalità, le indicazioni, le controindicazioni dell'esame ed i rischi connessi, il/la sottoscritto/a in qualità di:

- ☐ diretto interessato al trattamento
- ☐ tutore di
- ☐ esercente la responsabilità genitoriale su

☐ acconsente all'esecuzione dell'indagine endoscopica diagnostica	☐ non acconsente all'esecuzione dell'indagine endoscopica diagnostica
☐ acconsente all'eventuale passaggio ad endoscopia operativa	☐ non acconsente all'eventuale passaggio ad endoscopia operativa

Data: Firma del Paziente (o del Genitore/Tutore):

Confermo di aver spiegato la natura e lo scopo dell'atto sanitario in oggetto con particolare riferimento alle modalità di esecuzione, benefici e rischi ad esso connessi.

Data: Firma del medico:

 CENTRO MEDICO SPECIALISTICO Via Fava 2/B – 37139 Verona	Modulo di consenso informato all'atto sanitario	Rif. PRQ_GRC-002
	INFORMATIVA E CONSENSO RETTOSIGMOIDOSCOPIA	INFO_AMB-004 Rev. 2 del 18.12.25

SEZIONE DEDICATA AL PERSONALE SANITARIO DA COMPILARE A CONCLUSIONE DELL'INDAGINE ENDOSCOPICA

DATI IDENTIFICATIVI	
NOMINATIVO PAZIENTE	
DATA DI NASCITA	
LUOGO DI NASCITA	

NUMERO PRELIEVI BIOPTICI					
1	2	3	4	5	6
IN CASO DI PASSAGGIO DA DIAGNOSTICA A OPERATIVA, OLTRE ALLA SEZIONE RELATIVA AL NUMERO DI PRELIEVI BIOPTICI, COMPILARE ANCHE I CAMPI SOTTOSTANTI					
TIPOLOGIA DI ESTENSIONE DELL'INDAGINE					ESECUZIONE
Intervento operativo in rettosigmoidoscopia					☐
Intervento operativo in gastroscopia					☐
Intervento operativo in retto-gastroscopia					☐

Data: __/__/____

Nominativo del sanitario: Firma del sanitario: