

**Dichiarazione di consenso informato
ad Endoscopia Digestiva - Colonscopia**

Revisione 00 del 12.10.22 MOD. VF_MOD CONS 12



Informativa per Endoscopia Digestiva - Colonscopia

IN COSA CONSISTE:

È la procedura diagnostica per lo studio e la diagnosi di eventuali patologie del colon e, se indicato e tecnicamente possibile, anche dell'ileo terminale.

Posizionato il paziente sul fianco sinistro, il colonscopio, strumento flessibile del calibro di circa 1 cm, viene introdotto attraverso l'ano ed avanzato lentamente ad ispezionare i vari tratti intestinali fino al cieco, al cui livello si identifica la valvola ileo-ciecale, il punto di passaggio all'ileo, che può quindi essere esaminato per breve tratto. Come in tutti gli esami endoscopici anche durante la colonscopia si possono eseguire i prelievi di tessuto (biopsie) con relativo esame istologico.

A causa della conformazione del colon, lungo e spesso particolarmente tortuoso e dell'insufflazione di aria che avviene durante l'esame, la colonscopia rispetto alla gastroscopia risulta indagine più complessa per l'endoscopista e fastidiosa per il paziente. Nel 90% dei casi un endoscopista esperto riesce ad esaminare l'intero colon, con una durata dell'esame compresa mediamente tra 10 e 30 minuti.

L'insufflazione dell'aria, necessaria per la corretta visione delle pareti intestinali, può causare una sensazione di imminente necessità di evacuazione o anche dolori addominali. A volte tali disturbi sono più importanti e/o mal tollerati dal paziente (in generale nei casi di colon lungo e convoluto, attivi processi infiammatori a carico del colon stesso, sindrome aderenziale esito di pregressi interventi chirurgici addominali) da giustificare l'interruzione dell'esame stesso.

QUANDO È INDICATA:

È consigliabile nel caso di stipsi o diarrea importante e resistente a terapia, di anomalie evidenziate con il clisma opaco o a doppio contrasto del colon o con altre procedure diagnostiche, di emorragie digestive, di sangue occulto positivo nelle feci e/o anemia sideropenica inspiegata, di malattie infiammatorie dell'intestino, nella valutazione preoperatoria e nel controllo postoperatorio a distanza nel caso di tumori intestinali, nei pazienti con familiarità per tumore del colon.

Le principali indicazioni terapeutiche sono l'asportazione di polipi, la rimozione di corpi estranei, l'arresto di emorragie intestinali, la dilatazione di restringimenti.

QUALI SONO I RISCHI:

Le complicanze complessivamente considerate hanno un'incidenza dello 0,3-0,7%, con mortalità dello 0,008-0,02%. Esse possono essere cardio-respiratorie (0,06-0,07%), emorragiche (0-0,05%), perforative (0,1-0,3%). Nella maggior parte dei casi le complicanze si risolvono dopo un periodo di osservazione in ambulatorio o un breve ricovero in ospedale, ma in alcuni casi può essere necessario l'intervento chirurgico d'urgenza.

**Dichiarazione di consenso informato
ad Endoscopia Digestiva - Colonscopia**

Revisione 00 del 12.10.22 MOD. VF_MOD CONS 12



Foglio 1/2

CONSENSO INFORMATO ESAMI ENDOSCOPICI

Io sottoscritto/a _____ dichiaro di essere stato/a informato/a dal Dott. _____ in modo chiaro e a me comprensibile, che, per il quadro clinico in atto è opportuno eseguire la seguente procedura endoscopica:

- Esofago-gastro-duodenoscopia con eventuali biopsie
- Colonscopia con eventuali biopsie
- Asportazione endoscopica di polipi
- Trattamento endoscopico di lesioni sanguinanti
- Altro

Dichiaro inoltre di essere stato/a informato/a sul tipo di strumento e sulla loro disinfezione, sul metodo operativo e sul tipo di sedazione/anestesia cui sarò sottoposto/a e che tale tecnica concordata potrà essere modificata dall'anestesista o dall'operatore, qualora essi lo ritenessero necessario.

Mi sono stati spiegati gli obiettivi, i vantaggi e gli svantaggi, i rischi generici e specifici, le possibili complicanze immediate e future connesse alla procedura endoscopica o alla mancata esecuzione della procedura, **sono stato informato in merito alle alternative diagnostiche o terapeutiche** e dell'eventualità di un successivo intervento chirurgico o di altri trattamenti, in caso di fallimento, o insuccesso.

Sono altresì informato/a della possibile indicazione alla trasfusione di sangue o emoderivati e dei relativi rischi, ove richiesta dal mio stato di salute.

Sono consapevole, inoltre che, in caso di sedazione, nelle 24 ore successive all' esame, non dovrò guidare e utilizzare apparecchiature potenzialmente pericolose e della opportunità di essere accompagnato.

Ciò premesso acconsento all'esame/trattamento/sedazione/anestesia che mi sono stati proposti e di sottopormi ad eventuali misure terapeutiche che si rendessero necessarie nel corso o dopo la realizzazione della procedura.

Autorizzo, inoltre, il medico ad effettuare tutte le manovre non previste a priori, ma da lui ritenute utili al fine di evitare una ripetizione della procedura.

Acconsento **Non Acconsento**

Data: _____ Perugia: _____

Firma del paziente, dei genitori o del tutore legale _____

Firma del medico _____