



## MODULO PER L'ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO alla PROCEDURA DI TC COLONSCOPIA VIRTUALE

### COME SI ESEGUE L'ESAME?

Appena arrivati al centro, si procederà alla somministrazione del mezzo di contrasto per via orale (GASTROGRAFIN). In corso di esame si procederà quindi all'insufflazione di una modesta quantità di CO<sub>2</sub> nel colon attraverso l'impegno di una particolare sonda rettale, al fine di ottenere una corretta distensione del colon. Con la massima collaborazione da parte del paziente l'esame durerà pochi minuti dal termine dell'insufflazione di CO<sub>2</sub>. Potrebbe risultare in taluni casi utile anche la somministrazione di BUSCOPAN (N-butilbromuro di joscina) indispensabile allo scopo di ridurre la motilità intestinale.

### VI SONO CONTROINDICAZIONI ALL'ESAME?

L'indagine non è indicata in pazienti non collaboranti e con gravi cardiopatie.

### VI SONO EFFETTI INDESIDERATI?

In alcuni casi l'insufflazione di CO<sub>2</sub> può determinare una sensazione di tensione e/o dolore addominale, effetto che si attenuerà progressivamente nel corso di poche ore. Subito dopo l'esame si potrà mangiare tutto quello che si desidera e svolgere una normale attività.

#### ***Io sottoscritto/a:***

Cognome | \_\_\_\_\_  
Nome | \_\_\_\_\_  
Nato/a | \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)  
Il | \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### ***dichiaro di essere stato informato/a riguardo la procedura diagnostica di TC COLONSCOPIA VIRTUALE.***

In particolare, nel corso del colloquio con il Medico, ho avuto modo di comprendere, nei contenuti essenziali, le caratteristiche della procedura (modalità di esecuzione, modalità di preparazione, finalità e vantaggi, rischi connessi/complicanze, necessità di effettuare eventuali indagini successive, condizioni individuali particolari degne di nota: \_\_\_\_\_, e le altre alternative diagnostiche); **pertanto, con la consapevolezza che il consenso può essere revocato in qualsiasi momento:**

**acconsento**                       **non acconsento**

a sottopormi alla procedura indicata e alla conseguente somministrazione del mezzo di contrasto per via orale

Lauria, li | \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma dell'interessato

Firma del Medico Radiologo



**CONSENSO INFORMATO ALLA SOMMINISTRAZIONE DI PREPARATI o FARMACEUTICI PER VIA ENDOVENOSA, INTRAMUSCOLARE**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Si ritiene sufficientemente informata/o sui rischi legati alla:

- Somministrazione di preparati farmaceutici per via endovenosa o intramuscolare o intrarticolare

Pertanto resa/o edotta/o dal Medico Responsabile dell'esame di \_\_\_\_\_  
dei rischi correlati e del beneficio diagnostico ne acconsente la somministrazione/utilizzazione

Firma Paziente (in caso di paziente minorenni è necessaria la firma di un genitore o chi ne fa le veci/  
dell'esercente la patria potestà/del tutore)

\_\_\_\_\_

Lauria, li |\_\_\_\_\_| / |\_\_\_\_\_| / |\_\_\_\_\_|

Firma del Medico Radiologo \_\_\_\_\_

Firma del Medico Anestesista \_\_\_\_\_