



DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE E DI ESPRESSIONE DEL CONSENSO ALLA COLONSCOPIA DIAGNOSTICA

Io sottoscritto/a....., nato/a a.....il...../...../.....
dichiaro di essere stato/a informato/a, dal/dalla Prof./ Dr.....che,
per i disturbi che avverto e/o per cercare di chiarire la natura della mia affezione o per confermare la
diagnosi di:....., è indicata l'esecuzione di una: **COLONSCOPIA
DIAGNOSTICA**.

Sono stato/a informato/a in maniera a me comprensibile che la colonscopia è un esame che consente di
esaminare il grosso intestino, tramite l'introduzione, attraverso l'ano, di una piccola sonda dotata di
telecamera, che proietta immagini molto dettagliate su video. È indicata in tutte le malattie del colon-retto
ed è di grande aiuto nella diagnosi.

Sono stato/a informato/a in maniera a me comprensibile che durante la colonscopia diagnostica (che viene
in genere eseguita in sedazione cosciente), possono essere effettuati dei **prelievi per esame istologico***, e
che, qualora vengono rilevati dei polipi, il chirurgo endoscopista potrà decidere di asportarli mediante
polipectomia**. Talora i polipi siano di grosse dimensioni, potrebbero presentare particolari difficoltà
tecniche nell'asportazione, rendendone consigliabile la stessa in ambiente ospedaliero.

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, laccio clips.

Di quanto propostomi, mi sono stati chiaramente spiegati gli obiettivi, i benefici e gli eventuali rischi.

Sono stato/a informato/a che, durante o dopo l'esame, possono insorgere complicanze e che queste sono
più frequenti e gravi nel caso in cui l'esame stesso venga condotto in pazienti anziani, in condizioni generali
compromesse per la presenza di malattie gravi o di particolari fattori di rischio.

POSSIBILI COMPLICANZE ENDOSCOPICHE

- **emorragie in corso di esame** possono avvenire dopo biopsie o polipectomie, soprattutto nei pazienti
affetti da malattie di fegato o in corso di trattamento anticoagulante o antiaggregante piastrinico. Non
sempre un'emorragia può essere controllata definitivamente per via endoscopica e può richiedere un
intervento chirurgico e di emotrasfusioni, in ambiente ospedaliero, con conseguente rischio
infettivologico.
- **perforazione del colon**: può avvenire nel tentativo di superare brusche angolazioni o tratti stenotici o
per rottura di un diverticolo. Questi eventi sono più frequenti in caso di malattia infiammatoria cronica, in
esiti di pregressa radioterapia o quando l'esame venga eseguito in urgenza. È un evento raro ma grave
e può richiedere un intervento chirurgico. Perforazioni minori possono causare peritoniti localizzate.
- **Rottura di milza**: è un evento raro, ma grave e può richiedere un intervento chirurgico.

* qualora durante l'indagine endoscopica, il medico proceda a prelievi per esame istologico, esso
prevederà un costo aggiuntivo.

** qualora durante l'indagine endoscopica, il medico proceda all'asportazione di eventuali polipi, la
procedura di polipectomia prevederà un costo aggiuntivo.



POSSIBILI COMPLICANZE DI TIPO MEDICO

- **Cardiache, respiratorie o neurologiche:** sono legate generalmente all'aggravamento di una malattia coesistente.
- **Reazioni allergiche** o comunque patologiche a farmaci
- **Complicanze legate alle procedure di sedazione:** vedi atto per il consenso alla sedazione
- **Batteriemie:** tutti gli esami endoscopici comportano transitorie batteriemie (passaggio in circolo di germi a partenza dall'intestino).

SEDAZIONE

Acconsento di essere sottoposto a sedazione/analgesia finalizzata a ridurre il dolore/fastidio e a facilitare l'esecuzione dell'esame; mi è stato riferito che nel corso della procedura verranno costantemente monitorati i principali parametri vitali (saturazione di ossigeno, pressione arteriosa, frequenza cardiaca; se le condizioni cliniche lo richiedono sarà monitorata l'attività elettrocardiografica e sarà somministrato ossigeno per mantenere/ristabilire un adeguato livello di saturazione).

Sono stato anche informato delle possibili complicanze della sedazione. Le più frequenti sono le reazioni allergiche ai farmaci utilizzati per la sedazione, come il broncospasmo o l'orticaria, problemi cardio-respiratori, come l'alterazione della pressione arteriosa, della frequenza e del ritmo cardiaco, la depressione respiratoria con apnea, fino a giungere in casi molto rari ed in rari casi dolore nel punto di iniezione dei farmaci con possibile episodio di flebite (infiammazione del distretto venoso). Sono stato informato della possibilità di somministrazione di farmaci antagonisti della sedazione/analgesia per ottenere un adeguato risveglio; sono stato informato inoltre sull'impossibilità di condurre auto-motoveicoli e sul divieto di osservare condotte che richiedano una particolare attenzione nelle 24 ore successive alla procedura. Sono stato avvisato che, **se sottoposto a sedo/analgesia, potrò lasciare l'ambulatorio solo se accompagnato da un adulto**. Qualora la procedura si svolgesse in sedazione profonda/anestesia, praticata dall'anestesista, la firma del consenso con la relativa modulistica sarà gestita anche dall'anestesista.

Valutate le informazioni ricevute:

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

all'esecuzione della sedazione.



ESPRESSIONE DEL CONSENSO

Io sottoscritto/a....., dichiaro di aver ricevuto le informazioni che mi hanno permesso di comprendere le mie condizioni cliniche e il trattamento/esame proposto, anche alla luce degli ulteriori chiarimenti da me richiesti.

Valutate le informazioni ricevute:

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

all'esecuzione della colonscopia **compresa** ogni manovra connessa e complementare (come **prelievi istologici** e **polipectomie**) che comporterà una maggiorazione di prezzo.

Valutate le informazioni ricevute:

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

all'esecuzione della colonscopia **escluso** ogni manovra connessa e complementare (come **prelievi istologici** e **polipectomie**).

Sono stato informato/a del fatto che in ogni caso potrò revocare il consenso che qui sto esprimendo.

Data/...../.....

Firma paziente/genitore/tutore/amministratore di sostegno.....

Timbro e Firma Medico

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 nel caso in cui non venga eseguito, revoco il consenso qui precedentemente espresso.

Data/...../.....

Firma paziente/genitore/tutore/amministratore di sostegno.....

Timbro e Firma Medico