



## DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE E DI ESPRESSIONE DEL CONSENSO ALLA RETTOSCOPIA 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 **RETTOSCOPIA  
DIAGNOSTICA**.

Sono stato/a informato/a in maniera a me comprensibile che la **RETTOSCOPIA** è un'indagine che permette  
di esaminare il colon (grosso intestino) mediante l'inserzione di una sonda flessibile dotata di telecamera  
(endoscopio) attraverso l'ano, risalendo fino al cieco, ispezionando attentamente il rivestimento interno  
(mucosa) per evidenziare eventuali alterazioni (infiammazione, polipi, tumori). L'esame è richiesto per  
contribuire a chiarire la diagnosi in diverse situazioni cliniche ad esempio: accertare la causa di una perdita  
di sangue visibile nelle feci o essere utilizzata in assenza di sintomi in un programma di prevenzione dei  
tumori del colon, per presenza di sangue occulto nelle feci, evidenziato da esame dedicato.

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

- **sanguinamento** (rischio da 0,1 a 6 %) in caso di polipectomia che nella maggior parte dei casi si arresta  
spontaneamente e/o con tecniche endoscopiche. Può manifestarsi durante l'esame o anche dopo  
alcuni giorni; potrebbe essere necessario il ricovero per l'osservazione e talvolta l'intervento chirurgico  
in urgenza. In soggetti predisposti si possono avere, al transito dell'endoscopio, alterazioni transitorie del  
ritmo cardiaco per via riflessa, o allergie ai farmaci somministrati che possono essere prevenute o  
trattate con l'apposita terapia
- **perforazione:** (incidenza di 1 caso ogni 1.000 esami) è la complicanza più importante ed è spesso legata  
a patologie del colon o all'asportazione di polipi. Tale complicanza può richiedere un trattamento  
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.



## 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 rettoscopia **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 rettoscopia **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 .....