

Gentile Sig./Sig.ra _____, con la presente La informiamo che Lei è affetto/a da _____. Per tale patologia è prevista l'esecuzione di **RETTO-SIGMOIDOSCOPIA**.

*Etichetta
nosografica*

CHE COSA E'

È un'indagine che consente di esaminare direttamente l'ultimo tratto del grosso intestino (retto e sigma). Dura pochi minuti ed in genere è ben tollerata in quanto non dolorosa. Il fastidio più frequente è il gonfiore addominale dovuto alla distensione delle pareti del retto e sigma con gas (aria o anidride carbonica) insufflato attraverso lo strumento esaminatore. Nel corso dell'esame può rendersi necessaria l'esecuzione di prelievi di tessuto (biopsie) con pinze introdotte nel canale operativo dello strumento, in modo del tutto indolore.

COME SI SVOLGE

L'esame, oltre che diagnostico, consente il trattamento di alcune patologie, come i polipi intestinali, che in passato richiedevano un intervento chirurgico. I polipi sono rilevatezze della mucosa intestinale, di frequente riscontro dopo i 50 anni. Possono essere asportati nel corso dell'esame in modo del tutto indolore, con un bisturi elettrico e venire inviati per l'esame istologico.

Altre indicazioni alla retto-sigmoidoscopia possono essere il trattamento di sanguinamenti (per esempio dopo radioterapia per patologia prostatica), il controllo di diverticoli noti o di altre lesioni scoperte con indagini diverse.

COMPLICANZE

L'incidenza di complicanze importanti, quali perforazione ed emorragia, è molto bassa dato che l'esame si limita ad un breve tratto di intestino. È soprattutto correlata all'esecuzione di manovre terapeutiche come ad esempio l'asportazione di polipi.

La maggior parte di queste complicanze può eventualmente essere trattata ancora per via endoscopica.

GESTIONE DELLO STRUMENTARIO

Prima di ogni esame tutti gli strumenti endoscopici vengono sottoposti ad un accurato procedimento di pulizia. Ogni strumento viene infatti lavato manualmente in tutte le sue componenti e, successivamente, posizionato in apposite macchine lava-endoscopi che consentono di ottenere l'alta disinfezione. Con tali procedure si impedisce la trasmissione di infezioni da un paziente all'altro. Gli accessori utilizzati (pinze da biopsia e altro) sono monouso (usa e getta) come ulteriore sicurezza contro la trasmissione di infezioni.

IMPORTANTE

- È importante che il paziente porti con sé i referti di eventuali precedenti esami endoscopici e qualsiasi altra documentazione clinica che si ritenga importante.
- La terapia farmacologica abituale andrà dichiarata al medico endoscopista e soprattutto, in particolare, terapie in corso con anticoagulanti (es. Coumadin, Pradaxa, Eliquis, Xarelto) o antiaggreganti (aspirina, ticlopidina o altri).
- L'eventuale sedazione richiede che il paziente non guidi autoveicoli per il resto della giornata e che, per tale motivo, si presenti accompagnato.

Per presa visione

Data _____

Firma _____

Io sottoscritto/a _____ dopo aver discusso con il medico della mia situazione clinica ed aver ottenuto in proposito chiare risposte ad ogni mia domanda, ho compreso che, allo scopo di migliorare la situazione attuale e/o di evitare peggioramenti, si rende necessario:

RETTO-SIGMOIDOSCOPIA

Ritengo di aver ricevuto esaurienti notizie in merito al trattamento proposto, anche mediante la lettura di fogli informativi, il cui contenuto mi è stato comunque ampiamente illustrato dal medico.

Mi è noto che in ogni trattamento sanitario vi è possibilità di conseguenze dannose, a volte anche imprevedibili, nonostante il corretto comportamento dell'operatore.

Ho discusso con il medico della mia specifica situazione ed ho comunque appreso che, sulla base della consolidata esperienza clinica, i benefici che si intendono realizzare giustificano l'esposizione al rischio dei possibili effetti indesiderati.

Dichiaro di far uso dei seguenti farmaci:

Dichiaro di essere allergico a:

Preso atto di tutte le informazioni, comprese quelle relative a eventuali trattamenti diversi da quelli proposti, ritengo di aver ottenuto gli elementi indispensabili per giungere ad una scelta consapevole.

Pertanto, certo/a che un mio eventuale rifiuto non comporterà conseguenze per quanto riguarda la prosecuzione dell'assistenza secondo necessità,

acconsento

non acconsento, pur consapevole delle conseguenze legate a questa mia decisione

al trattamento proposto.

Sono a conoscenza del fatto che, dinanzi ad impreviste difficoltà, il medico potrebbe giudicare necessario modificare la procedura concordata; se in tali circostanze non fosse possibile interpellarmi, autorizzo sin d'ora il cambiamento, al solo scopo di fronteggiare le complicità.

Data _____

Firma _____

Il medico proponente _____

Il medico endoscopista _____