



A.S.L. V.C.O.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

S.O.S DIP. Endoscopia dell' Apparato Digerente

Responsabile Dott. Gian Luca Rota Bacchetta

Sede operativa Domodossola – piazza vittime Lager Nazifascisti, 1 – Tel. 0324/491508

Sede Operativa Verbania – Via Fiume, 18 - Tel. 0323 /541326

e-mail: endoscopia.vb@aslvco.it

e-mail: endoscopia.do@aslvco.it

RETTOSIGMOIDOSCOPIA: INFORMAZIONI GENERALI

INFORMAZIONE AL PAZIENTE:

Egregio Sig. /Gentile Sig.ra,

La rettosigmoidoscopia è una procedura endoscopica che consiste nell' introduzione di una sonda flessibile (colonscopio) per studiare il retto e sigma e , se necessario, effettuare biopsie o procedure di tipo operativo (es. polipectomia).

Potrebbero essere somministrati farmaci sedativi e/o antidolorifici per via endovenosa e pertanto il paziente deve essere digiuno, accompagnato, e non potrà guidare o svolgere lavori che richiedono la capacità di concentrazione sino alla mattina seguente

La buona riuscita dell' esame dipende da una corretta pulizia intestinale e pertanto è necessario eseguire un' adeguata preparazione come di seguito riportato:

1. Dieta senza scorie (frutta, verdura, alimenti integrali) nei 3 giorni che precedono l' esame
2. Due ore prima dell' esame eseguire 2 clisteri da 130 ml (da acquistare in farmacia)
3. Non assumere purganti

Come si esegue:

L'esame consiste nella progressione dello strumento lungo il retto e sigma.

L'esame viene eseguito preferibilmente sul fianco sinistro, ma nel corso della procedura può essere necessario cambiare posizione.

Durante l'esame si insuffla aria in quantità adeguata a distendere le pareti degli organi da esaminare e facilitarne la visione; questo può causare al paziente una sensazione di distensione addominale che non deve allarmare, in quanto assolutamente transitoria.

Saranno monitorate, frequenza cardiaca, saturazione di ossigeno

PRIMA della procedura:

La maggior parte delle terapie possono non essere sospese, ma qualche farmaco può interferire con la preparazione o con l'esame

In particolare se praticate terapie con anticoagulanti o antiaggreganti (Coumadin, Sintrom, Xarelto, Eliquis, Pradaxa, Lixiana, Eparina, Acido acetilsalicilico, Aspirina, Tiklid, Ticlopidina, Ibustrin, Duoplavin, Plavix, Clopidogrel, Brilique) **comunicatelo al Personale se possibile al momento della prenotazione o comunque almeno 1 settimana prima dell'esame per poter procedere alle necessarie variazioni.**

In caso di dubbio **CHIEDERE sempre chiarimenti al Medico Curante o Medico prescrittore della terapia anticoagulante o antiaggregante**

I pazienti portatori di Pacemaker (PM) o defibrillatori (ICD) devono eseguire PRIMA DELL'ESAME visita Cardiologica per valutazione controindicazioni in caso di utilizzo elettrobisturi.

In caso di stato di gravidanza, è necessario segnalare la situazione al personale.

Segnalare eventuali allergie o intolleranze di qualunque tipo (con particolare attenzione a quelle relative ai farmaci ed al mezzo di contrasto), patologie di rilievo (cardiache, polmonari, renali, prostatiche) interventi chirurgici, malattie agli occhi (glaucoma).

Portare SEMPRE tutta la documentazione relativa a precedenti esami endoscopici o a visite mediche per patologie di rilievo e l' elenco dei farmaci assunti in cronico.

DOPO la procedura:

Dopo la procedura è possibile avvertire gonfiore all'addome con qualche crampo, questi sintomi scompaiono in breve con l'eliminazione dell'aria.





A.S.L. V.C.O.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

RETTOSIGMOIDOSCOPIA - DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO

COGNOME e NOME del PAZIENTE _____

DATA e LUOGO di NASCITA _____

INDIRIZZO e LUOGO di RESIDENZA _____

- Confermo di aver letto e compreso il documento informativo per il paziente relativo al trattamento sopra riportato e aver avuto la possibilità di porre domande.
- Ho compreso che sottopormi a tale trattamento può comportare rischi, sia a breve che a lungo termine ed effetti collaterali.
- Mi è chiaro inoltre cosa comporta il non sottopormi al trattamento proposto.

Sono stato informato della possibilità di revocare il mio consenso in qualunque momento.

IO SOTTOSCRITTO NEL PIENO POSSESSO DELLE MIE FACOLTÀ: (Siglare le caselle interessate)

☐ **ACCONSENTO**

☐ **RIFIUTO**

di essere sottoposto alla **RETTOSIGMOIDOSCOPIA** _____

FIRMA del PAZIENTE _____

[Solo se questi non sia in grado di firmare autonomamente]

Il/la Sottoscritto/a _____ Nato il ____/____/____ a _____ ()

Residente in _____ () Via _____

_____ N.° _____

Su nomina dell'autorità giudiziaria, in qualità di (barrare la voce interessata):

☐ **Tutore**

☐ **Amministratore di sostegno**

☐ **Curatore Speciale**

FIRMA del LEGALE RAPPRESENTANTE _____

=====

Ritengo che la /il mia/o paziente, con cui ho discusso questo consenso informato fornendo tutte le spiegazioni e i chiarimenti richiesti, abbia ben compreso quanto esposto.

Verbania, li _____
Data colloquio Generalità del Medico (in stampatello) Firma del Medico

=====

In data odierna **REVOCO** il consenso precedentemente concesso.

Verbania li _____ Firma Paziente/Legale Rappresentante _____

