



IRCCS Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico Sacro Cuore - Don Calabria

Ospedale Classificato e Presidio Ospedaliero Accreditato - Regione Veneto

37024 Negrar di Valpolicella (Vr) - Tel. 045.601.31.11

U.O.C. di GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Primario: Dr. Paolo Bocus

SERVIZIO DI ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Responsabile: Dr. Marco Benini

Via Don A. Sempredoni, 5 - 37024 Negrar di Valpolicella (Vr) - Tel. (+39) 045.601.32.48 - Fax (+39) 045.601.32.71
acc.endoscopia@sacrocuore.it - www.sacrocuore.it

Orario segreteria: lunedì - venerdì ore 8.30 - 13.00 / 14.30 - 16.00

Orario prenotazione telefonica: lunedì - venerdì ore 9.00 - 13.00 / 14.30 - 16.00

RETTOSIGMOIDOSCOPIA

MODULO INFORMATIVO - CONSENSO

CHE COS'È LA RETTOSIGMOIDOSCOPIA

La rettosigmoidoscopia è un procedura che consente al medico endoscopista di esaminare direttamente la parte terminale del grosso intestino (retto e sigma) e di ottenere, in modo semplice ed indolore, campioni di tessuto (biopsie) o di asportare eventuali polipi. La rettosigmoidoscopia in genere è un'indagine fastidiosa ma comunemente ben tollerata dalla maggior parte dei pazienti. Può tuttavia risultare dolorosa per una particolare conformazione anatomica dell'intestino o per esiti di precedenti interventi chirurgici.

COSA FARE PRIMA DELL'ESAME

Dovrà scrupolosamente seguire le istruzioni fornite per la preparazione: una perfetta pulizia dell'intestino è fondamentale per un'osservazione ottimale del viscere. Nel caso la pulizia fosse insufficiente l'esame potrebbe essere sospeso e ripetuto dopo una più adeguata preparazione. È necessario evitare di assumere farmaci contenenti ferro o carbone nei 4-5 giorni precedenti l'esame. Nel caso di terapia con anticoagulanti (Coumadin o Sintrom) è opportuno che Lei prenda contatto preventivamente con un medico di questo Servizio. Nel caso invece di terapia con antiaggreganti (aspirinetta, ticlopidina o simili) Le consigliamo di consultare il Suo medico curante.

COME SI SVOLGE L'ESAME

Prima dell'esame il medico endoscopista Le chiederà di presentare documentazione di eventuali esami già eseguiti. Verrà quindi invitato ad indossare un apposito pantalone e a sdraiarsi sul lettino girato sul fianco sinistro.



Il medico inizierà l'esame introducendo la sonda attraverso l'ano, per poi risalire nel retto e nel sigma. Durante l'esame sarà immessa dell'aria nell'intestino allo scopo di distenderne le pareti e pertanto potrà avvertire una sensazione di gonfiore e/o di dolore addominale. Informi il personale di assistenza in caso di eventuali disturbi. La durata dell'esame è abbastanza variabile. Tutte le informazioni sui percorsi burocratici (ritiro referti, pagamento ticket, ecc.). Le verranno fornite dal personale di Segreteria prima della Sua dimissione dal Servizio.

QUALI SONO LE COMPLICANZE

La rettosigmoidoscopia è una procedura sicura, ma, essendo un esame invasivo che utilizza strumenti introdotti all'interno del corpo, può comportare alcune complicanze come la perforazione, l'emorragia o problemi cardio-respiratori il cui esito, talvolta anche molto grave, dipende in genere dalla presenza di patologie concomitanti. Si tratta comunque, di eventi molto rari (la loro incidenza è inferiore ad 1 caso su 1000), che il medico endoscopista ed il personale di assistenza sono preparati ad affrontare e contrastare.

CHE COS'È LA POLIPECTOMIA

I polipi sono protuberanze della mucosa che possono dare complicanze quali il sanguinamento e l'occlusione intestinale. In alcuni casi, i polipi, possono anche trasformarsi in patologie maligne. Per tale motivo, durante la rettoscopia, il medico endoscopista, può decidere, ove possibile, di asportarli con una manovra del tutto indolore. La polipectomia può essere eseguita in tutti i pazienti che abbiano una coagulazione normale. È pertanto importante che Lei segnali al medico endoscopista l'eventuale assunzione di farmaci anticoagulanti o antiaggreganti. La polipectomia non è una procedura pericolosa, occorre tuttavia considerare che si tratta di un piccolo intervento chirurgico e che, come tale, comporta dei rischi ma le complicanze riportate riguardano circa l'1% dei casi. Tra le complicanze la più frequente è l'emorragia, che in genere si arresta spontaneamente o mediante trattamento endoscopico, la più rara è la perforazione intestinale. In quest'ultimo caso può rendersi necessario il ricovero e talora anche l'intervento chirurgico.



complicanze la più frequente è l'emorragia, che in genere si arresta spontaneamente o mediante trattamento endoscopico, la più rara è la perforazione intestinale. In quest'ultimo caso può rendersi necessario il ricovero e talora anche l'intervento chirurgico.

COSA FARE DOPO L'ESAME

Alla conclusione dell'esame verrà trattenuta per un breve periodo di osservazione, al termine del quale, potrà lasciare il Servizio. Il referto dell'esame Le verrà consegnato dal personale di segreteria al momento della dimissione, mentre l'esito di eventuali biopsie o polipectomie richiederà alcuni giorni di attesa. Per qualche ora potrà avvertire una sensazione di gonfiore addominale che comunque sparirà spontaneamente. Dopo l'esame potrà la sua alimentazione potrà riprendere regolarmente in ogni caso il medico endoscopista Le fornirà le informazioni necessarie. Se nelle ore successive all'esame dovesse avvertire dolore addominale o notare l'emissione di feci nere o sangue, si metta tempestivamente in contatto con il Servizio di Endoscopia o con il Pronto Soccorso portando con sé il referto endoscopico.

COME SI DISINFETTANO/STERILIZZANO GLI STRUMENTI

Al fine di garantire una prestazione sicura e libera da rischio infettivo per l'utente e per gli operatori sanitari, i dispositivi medici riutilizzabili (endoscopi e accessori pluriuso) sono decontaminati (superfici esterne e canali interni) immediatamente dopo ogni procedura con detergenti proteolitici, per rimuovere ogni materiale organico potenzialmente contaminante. A seguire, il materiale considerato semi-critico (come l'endoscopio) è sottoposto a un ciclo di disinfezione di alto livello in specifiche lava endoscopi. Al termine del ciclo di disinfezione gli endoscopi vengono asciugati e, se non utilizzati subito, sono riposti in appositi armadi che consentono lo stoccaggio verticale per proteggerli dalla polvere, da possibili fonti di contaminazioni e dalle alte temperature.

Gli accessori riutilizzabili (pinze, anse da polipectomia, ecc.), sono considerati strumenti critici e, dopo essere stati sottoposti ad accurata decontaminazione, vengono sottoposti a un processo di sterilizzazione.

NOTA SUL MONOUSO: Gli accessori monouso vengono smaltiti, dopo l'impiego, secondo la normativa di legge vigente. A tutela della sicurezza degli utenti non è previsto il loro recupero e riutilizzo.

PREPARAZIONE ALLA RETTOSIGMOIDOSCOPIA

Per la buona riuscita dell'esame è indispensabile una corretta preparazione del tratto terminale dell'intestino ed il digiuno da almeno 8 ore.

Seguire pertanto scrupolosamente le norme di seguito riportate.

Occorrente:

- 2 clisterini pronti (da 120 ml.) acquistabili in farmacia.

Se il suo appuntamento è fissato per il mattino la preparazione va eseguita nel seguente modo:

- al mattino presto (verso le ore 7.30) va fatto un primo clisterino, il secondo clisterino va fatto circa un'ora dopo.

Se il suo esame è fissato per il pomeriggio (dopo le ore 14.00) la preparazione va eseguita nel seguente modo:

- nella tarda mattinata (verso le ore 12.00) va fatto un primo clisterino, il secondo clisterino va fatto circa un'ora dopo.

COSA È NECESSARIO FARE PER ESEGUIRE L'ESAME IN SICUREZZA?

- avvertire il medico endoscopista di eventuali allergie e/o eventuali patologie cardiorespiratorie o di altra natura;
- avvertire della presunta o accertata gravidanza;
- non sospendere l'assunzione di altri farmaci abituali.

RACCOMANDAZIONI

In caso di sedazione, nelle 24 ore successive è controindicato guidare ogni tipo di veicolo ed eseguire attività che comportino prontezza di riflessi. **È indispensabile quindi giungere al servizio accompagnati.** Nel caso contrario non sarà possibile effettuare la sedazione o sarà necessario posticipare l'esame alla prima data disponibile.

I donatori di sangue, successivamente all'esecuzione dell'esame, saranno temporaneamente sospesi dalle donazioni per sei mesi.

COSA È NECESSARIO PORTARE?

1. Tessera sanitaria.
2. Impegnativa del Medico curante con riportato l'esame da eseguire e, qualora il medico lo ritenesse necessario, la prescrizione di **sedazione cosciente**.
3. Consenso informato preferibilmente compilato con il Medico Curante.
4. Esito di esami di laboratorio eventualmente eseguiti di recente.
5. Eventuali lettere di dimissioni recenti, referti di visite specialistiche e di esami strumentali eseguiti (colonscopie, radiografie).
6. Elenco dei farmaci assunti abitualmente.

**MODULO DA
COMPILARE E STACCCARE**

SERVIZIO DI ENDOSCOPIA DIGESTIVA

NOTIZIE ANAMNESTICHE

Io/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____

Dichiaro quanto segue:

di assumere i seguenti farmaci: _____

Di assumere farmaci

antiaggreganti, anticoagulanti, eparina

SI NO se SI, sospesi da quanti giorni: _____

Di avere allergie

SI NO Quali: _____

Di essere portatore di Pacemaker cardiaco

SI NO

Di essere portatore di Defibrillatore impiantato

SI NO

Di essere affetto da glaucoma

SI NO

Di essere affetto da diabete

SI NO

Di avere familiarità per neoplasie gastro-intestinali

SI NO Grado di parentela: _____

Di aver subito interventi chirurgici addominali

SI NO Quali: _____

Di essere portatore di protesi valvolari biologiche/meccaniche

SI NO

Qualora abbia risposto SI, è necessario che esegua a domicilio la profilassi antibiotica prima dell'esame.



SERVIZIO DI ENDOSCOPIA DIGESTIVA

CONSENSO INFORMATO

Modulo consegnato al paziente/scaricato dal sito/prelevato in sala di attesa il giorno _____

1 - DICHIARAZIONE DI INFORMAZIONE

Io/la sottoscritto/a _____

dichiaro di essere stato informato dal Dott. _____
in modo chiaro, comprensibile ed esaustivo, con adeguato anticipo, mediante colloquio e consegna di materiale informativo, sulla natura e sullo stato dell'attuale quadro clinico, nonché sulla conseguente indicazione ad eseguire

RETTOSIGMOIDOSCOPIA

In relazione alla specifica procedura/procedure proposte mi sono state fornite ulteriori informazioni tra cui quelle contenute nell'opuscolo informativo allegato, del quale sono in possesso di copia cartacea che è parte integrante del presente documento di consenso.

Dichiaro, in particolare, di essere stato informato riguardo a:

- necessità del digiuno (**almeno 6 ore per i solidi e 2 ore per i liquidi**);
- adempimenti preliminari, modalità di svolgimento, tempi della procedura e dell'eventuale degenza;
- valutazione dell'assetto coagulativo con relativi interventi correttivi;
- tipologia e organizzazione della **STRUTTURA SANITARIA, con eventuale collaborazione/partecipazione** attiva di personale in formazione, con l'assistenza di tutor, e/o di specialisti già formati;
- indicazione, in caso di necessità, a praticarmi trasfusione di sangue o emoderivati;
- eventuale necessità di metodiche integrative (radiologiche, radiologiche interventistiche, chirurgiche, altro _____) conseguenti al mancato completamento/insuccesso della procedura proposta;
- esistenza di alternative diagnostico-terapeutiche in relazione al quadro clinico, con specifici limiti e vantaggi rispetto alla procedura propostami;
- possibile evoluzione della malattia/quadro clinico in caso di rifiuto della procedura;
- in ordine alle complicanze, mortalità, controindicazioni e principi di tecnica, mi è stata fornita ampia e specifica informazione, nonché consegnato l'opuscolo allegato che tale informazione riassume ed illustra. Mi è stato anche spiegato che le percentuali riportate aumentano in relazione a particolare complessità anatomica o a situazioni cliniche particolarmente critiche _____;
- possibilità che vengano effettuate riprese fotografiche o video per documentare la presenza di patologie importanti o particolari.

GESTIONE DELLE COMPLICANZE

Mi è stato chiaramente spiegato che in caso di complicanze/insuccesso dell'intervento endoscopico potrebbe rendersi necessario, per risolvere il nuovo quadro clinico, un trattamento medico, chirurgico o radiologico, immediato o differibile, in relazione alla situazione, eseguibile presso la stessa struttura ospedaliera o in altro ambiente.

Inoltre mi è stato spiegato che, ove sopravvenisse una condizione clinica che imponga decisioni in emergenza (**stato di necessità**), i sanitari procederanno secondo la migliore pratica per la salvaguardia della mia salute.

In tale evenienza (nell'impossibilità cioè di essere interpellato) desidero che i Sanitari informino del loro programma terapeutico il Sig./la Sig.ra _____ purché presente in Ospedale.

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 che saranno riportati sulla scheda infermieristica allegata, prima, durante e dopo la procedura (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. 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 all'arresto respiratorio e/o cardiaco (complicanze gravi 1-3 su mille, con mortalità complessiva < 0.3/1000) ed in rari casi dolore nel punto di iniezione dei farmaci con infiammazione della vena. 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.

Accenso Firma _____

Non Accenso Firma _____

SEDAZIONE PROFONDA/ANESTESIA

Qualora la procedura si svolgesse in sedazione profonda/anestesia, con assistenza anestesiológica, la firma del consenso con la relativa modulistica sarà gestita anche dall'anestesista.

Tutto ciò premesso, avendo compreso quanto rappresentatomi dai sanitari/dal soggetto da me delegato a ricevere le informazioni

A. ADESIONE ALLA PROCEDURA

ACCONSENSO DI ESSERE SOTTOPOSTO ALLA PROCEDURA PROPOSTA COMPRESA OGNI MANOVRA CONNESSA E COMPLEMENTARE

Accenso Firma del paziente _____

Firma dell'esercente la patria potestà o del tutore _____

Firma dell'eventuale testimone _____

Firma dell'interprete/delegato (il quale attesta di aver ricevuto tutte le informazioni di cui sopra e di averle trasmesse al paziente) _____

DICHIARAZIONE DEL MEDICO

Io sottoscritto Dott. _____ confermo, contestualmente alla firma del paziente, che lo stesso ha interamente compreso tutto quanto sopra esposto, dopo adeguata informazione e lettura dell'opuscolo integrativo.

Firma leggibile del medico che ha informato il paziente _____

Data _____

B. RIFIUTO CONSAPEVOLE

Avendo compreso contenuti e finalità delle informazioni fornite, non acconsento a sottopormi alla procedura proposta.

Firma del paziente _____ Data _____

2 - ALTERNATIVE - RINUNCIA ALL'INFORMAZIONE/DELEGA A TERZI

Dichiaro, ai fini dell'acquisizione del consenso, di aver espresso piena fiducia nelle scelte e nell'operato dei Sanitari, e di aver quindi rinunciato consapevolmente a qualsiasi informazione dai medesimi proposta.

Firma _____ Data _____

Delego il Sig. _____ (che sottoscrive per accettazione) a raccogliere le informazioni dei Sanitari a seguito delle quali mi riservo di esprimere/negare il consenso alle procedure proposte.

Firma _____ Delegato _____

3 - REVOCA DEL CONSENSO IN CORSO D'ESAME

Firma _____ Data _____

Il sottoscritto acconsente, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 e nel rispetto del D.Lgs. 196/2003 e delle loro ss. mm. ii., al trattamento dei propri dati personali per finalità di tutela della salute.

In caso di paziente ricoverato minore/incapace, non responsivo e con limitazioni motorie scaricare l'allegato presente in IntraWeb: DOCUMENTI>DIREZIONE SANITARIA>MEDICINA LEGALE>"Procedura per la gestione dei modelli di consenso informato e della trasmissione dei dati clinici" (Allegati)