

**U.O.C. di GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA**

*Direttore: Dr. Paolo Bocus*

**SERVIZIO DI ENDOSCOPIA DIGESTIVA**

*Responsabile: Dr. Marco Benini*

Via Don A. Sempreboni, 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/prenotazione telefonica: lunedì - venerdì ore 8.30 - 13.00 / 14.00 - 16.00**

# RETTOSIGMOIDOSCOPIA

## MODULO INFORMATIVO - CONSENSO

### CHE COS'È LA RETTOSIGMOIDOSCOPIA

La rettoscopia 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 rettoscopia 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.

### 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 rettoscopia 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'oclusione 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.

## 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 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 sanguine, 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 semicritico (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 ventilati ad alte temperature per proteggerli da possibili fonti di contaminazione. Gli accessori riutilizzabili (oggi di raro impiego), poiché sono considerati strumenti critici, vengono sottoposti regolarmente ad accurata decontaminazione e ad un successivo processo di sterilizzazione. Il report del programma di reprocessing degli strumenti e di tutti gli accessori utilizzati viene informatizzato, memorizzato e riportato in calce al referto.

*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.*

## RACCOMANDAZIONI

Nel caso in cui il paziente assuma **farmaci anticoagulanti e/o antiaggreganti**, in previsione dell'esame, potrebbe rendersi necessaria la loro sospensione o sostituzione previo consulto con lo specialista di riferimento. Resta tuttavia possibile, in casi selezionati, poter eseguire un esame accompagnato da procedure diagnostico-terapeutiche anche con tali terapie in corso.

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.

A seguito di esame endoscopico, il paziente sarà escluso per un periodo generalmente indicato di 4 mesi da una eventuale **donazione di sangue**.

In caso di **accertata e documentata allergia al lattice** si raccomanda di farne segnalazione al personale di segreteria al momento della prenotazione dell'esame.

## COSA È NECESSARIO PORTARE?

1. Tessera sanitaria.
2. Impegnativa del Medico curante con riportato l'esame da eseguire e la prescrizione di **sedazione cosciente**.
3. Consenso informato compilato in tutte le sue parti.
4. Esito di esami di laboratorio eseguiti di recente in altra sede.
5. Eventuali lettere di dimissioni recenti, referti di visite specialistiche e di esami strumentali eseguiti in altra sede (colonscopie, radiografie).
6. Un paio di calze e una maglietta non indossate.

## 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.



# MODULO DA COMPILARE E STACCARE

## Triage Pre Endoscopico Covid 19

Io/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

Nei precedenti 14 giorni:

### Clinica:

- Febbre >37,5  No  Sì
- Tosse/raffreddore  No  Sì
- Difficoltà respiratorie  No  Sì
- Anosmia/disgeusia (perdita di olfatto/gusto)  No  Sì
- Diarrea/vomito  No  Sì

### Occupazione:

- Personale ospedaliero  No  Sì
- Personale di laboratorio COVID  No  Sì
- Personale di RSA/Casa di riposo  No  Sì

### Contatti:

- Con pazienti COVID  No  Sì
- Con strutture sanitarie (esami, ricoveri, interventi, terapie)  No  Sì
- Con strutture socio assistenziali  No  Sì Quali: \_\_\_\_\_
- Viaggi in aree ad alta prevalenza di infezione  No  Sì Dove: \_\_\_\_\_
- È stato in isolamento fiduciario per/o sospetto COVID  No  Sì
- Se Sì per quanto tempo? (ultimo giorno di isolamento \_\_\_\_\_)

### Esami per COVID

- Tampone faringeo  No  Sì Esito: \_\_\_\_\_
- Sierologia  No  Sì Esito: \_\_\_\_\_

**Nota bene:** se dovesse manifestare sintomatologia sospetta (es. febbre, tosse, difficoltà respiratoria) nei 14 giorni successivi l'esecuzione dell'esame endoscopico dovrà informare il Servizio di Endoscopia Digestiva.

# SERVIZIO DI ENDOSCOPIA DIGESTIVA

## Notizie anamnestiche

**Dichiaro quanto segue:**

di assumere i seguenti farmaci: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Di assumere farmaci che alterano la coagulazione del sangue

(es. Aspirina, Ticlopidina, Coumadin, Sintrom, Eparina, Plavix, ...)  No  Sì Quali: \_\_\_\_\_

da quanti giorni li ha sospesi? \_\_\_\_\_

Di avere allergie

No  Sì Quali: \_\_\_\_\_

Di essere portatore di pacemaker cardiaco

No  Sì

Di essere portatore di defibrillatore

No  Sì

Di essere affetto da glaucoma

No  Sì

Di essere affetto da diabete

No  Sì

Di avere familiarità per neoplasie gastro-intestinali

No  Sì Grado di parentela: \_\_\_\_\_

Di aver subito interventi chirurgici addominali

No  Sì Quali: \_\_\_\_\_

Di essere portatore di protesi valvolari biologiche/meccaniche

No  Sì Qualora abbia risposto Sì, è necessario che esegua a domicilio la profilassi antibiotica prima dell'esame.

Stato di gravidanza

No  Sì



**Firma per presa visione  
dell'informativa e conferma dei dati  
(triage covid e notizie anamnestiche)** \_\_\_\_\_

Negrar di Valpolicella, \_\_\_\_\_



# SERVIZIO DI ENDOSCOPIA DIGESTIVA

## Dichiarazione di informazione

Io sottoscritto \_\_\_\_\_

dichiaro di essere stato informato dal Dott./Prof. \_\_\_\_\_

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/e propostami sono state fornite ulteriori informazioni tra cui quelle contenute nell'opuscolo informativo allegato, del quale mi è stata anche consegnata copia e che è parte integrante del presente documento di consenso.*

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

- assoluta necessità del digiuno (**almeno 6 ore per i solidi e 2 ore per i liquidi**);
- adempimenti preliminari, modalità di svolgimento, tempi della procedura;
- 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, eventuali carenze della stessa (assenza di rianimazione e terapia intensiva, emodinamica, centro trasfusionale, altro...) e carenze/inefficienze di tipo transitorio (\_\_\_\_\_);
- 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 propostami;
- possibile evoluzione della malattia/quadro clinico in caso di rifiuto della procedura;
- in ordine alle complicanze, mortalità 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 \_\_\_\_\_

## ADESIONE ALLA PROCEDURA

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

**Acconsento**

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) \_\_\_\_\_

## SEDAZIONE

Acconsento a essere sottoposto a sedazione/analgesia finalizzata a ridurre il dolore/fastidio e a facilitare l' esecuzione dell' esame.

**Acconsento**

Firma \_\_\_\_\_

Non Acconsento

Firma \_\_\_\_\_

## Dichiarazione del Medico

Io sottoscritto Dott./Prof. \_\_\_\_\_ do atto, contestualmente alla firma del paziente, che lo stesso mostra di avere compreso tutto quanto sopra esposto, dopo adeguata informazione e lettura dell' opuscolo integrativo.

Firma del Medico che ha informato il paziente \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

## RIFIUTO CONSAPEVOLE

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

Firma del paziente \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

## 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 proposta dai medesimi.

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 informazioni proposte.

Firma \_\_\_\_\_ Delegato \_\_\_\_\_

## 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)