



Casa di Cura Figlie di San Camillo

Via Fabio Filzi, 56
26100 Cremona
Tel. 0372 421111 – Fax 0372 24533
e-mail: info@figliedisancamillo.it

CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELL'ECOGRAFIA TRANSRETTALE

CHE COS'E': Si tratta di una normale ecografia che utilizza una sonda cilindrica ricoperta e ben lubrificata posta nella cavità anale.

A COSA SERVE: L'ecografia è una tra le più comuni e sicure procedure diagnostiche, basata sull'utilizzo degli ultrasuoni. La tecnologia attualmente a disposizione è in grado di fornire dettagli anatomici ad altissima risoluzione e le informazioni che l'ecografia è in grado di fornirci sono molteplici.

COME SI EFFETTUA: Durante esame il paziente si trova sdraiato su un fianco con le gambe raccolte verso il torace. Il medico, inizia con un'esplorazione rettale preliminare, in modo da controllare che l'esame possa essere eseguito; dopodiché, viene inserita una sonda ricoperta opportunamente lubrificata, e si inizia ad ottenere delle immagini (SONOGRAMMI) che vengono elaborate e visualizzate sul monitor.

COSA PUO' SUCCEDERE- EVENTUALI COMPLICANZE: Non è un esame doloroso, il paziente può avvertire una sensazione di fastidio durante l'esame e di indolenzimento nei giorni seguenti. Il rischio più significativo legato alla procedura è quello delle infezioni, che tuttavia possono essere prevenute con un'adeguata profilassi antibiotica. L'esame è controindicato nei casi in cui il paziente soffre di emorroidi sanguinanti, ragadi anali, stenosi anali. Occorre inoltre prestare attenzione alle situazioni in cui è facile andare incontro ad emorragie, per esempio quando si prendono medicinali anticoagulanti o per fluidificare il sangue. Non può essere eseguita nei pazienti precedentemente sottoposti ad amputazione della pelvi e del retto.

PREPARAZIONE NECESSARIA – RACCOMANDAZIONI: Non è necessaria alcuna preparazione.

ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO/DISSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELL'INDAGINE DI ECOGRAFIA TRANSRETTALE

Il/la sottoscritto/a..... nato/a..... il.....

residente in..... Via

(1) in qualità di esercente la potestà sul minore.....

(2) in qualità di tutore del paziente.....

Informato/a:

- sul tipo di indagine diagnostica da eseguire e precisamente ECOGRAFIA TRANSRETTALE per la quale è garantita la riservatezza dei dati personali utilizzabili per eventuali studi o pubblicazioni scientifiche

Reso/a consapevole:

- che il trattamento proposto è quello che offre il miglior rapporto rischio/beneficio sulla base delle conoscenze attuali;
- della possibilità che l'indagine, una volta avviata, possa essere interrotta a mia richiesta, senza pregiudicare l'attività assistenziale, ma senza ottenere l'informazione ricercata con questo esame.;
- dei rischi relativi di eventuali danni per la salute (temporanei e permanenti) e per la vita.

Preso visione delle informazioni relative all'indagine/procedura in oggetto

Valutate le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati forniti, avendo compreso quanto sopra sinteticamente riportato:

accetto l'indagine proposta

rifiuto l'indagine proposta

Firma Medico

Data:..... Firma del paziente:.....