

MODULO DI CONSENSO ALLA RETTOSIGMOIDOSCOPIA¹

Gentile Signore/a,

attraverso l'opuscolo informativo che le è stato consegnato ha potuto conoscere le motivazioni, gli scopi e i benefici della rettosigmoidoscopia, le modalità di esecuzione, nonché le possibili complicanze e le eventuali alternative possibili.

Riassumiamo le principali informazioni sulla RETTOSIGMOIDOSCOPIA:

- l'esame comporta l'introduzione, attraverso l'ano, di un tubo flessibile
- l'accertamento, anche se ben eseguito, può non evidenziare alcune lesioni
- l'esame si esegue normalmente senza sedazione
- durante l'esame potrà avvertire modesti disturbi e/o dolore, di solito ben tollerati
- in particolari casi può essere comunque effettuato in sedazione/analgesia
- l'esame dura, solitamente, da 5 a 15 minuti
- in casi rari sono possibili complicanze, a volte anche gravi.

È importante che lei ritenga le spiegazioni fornite esaurienti e chiare. Se lo ritiene necessario non abbia alcun timore nel richiedere tutte le ulteriori informazioni che crede utili al fine di risolvere eventuali dubbi o chiarire alcuni aspetti di quanto esposto che non ha pienamente compreso. La invitiamo pertanto, prima di prestare il suo consenso scritto, firmando il presente modulo, a chiarire con il medico ogni aspetto che non le appare sufficientemente comprensibile.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Io sottoscritto _____ nato il ___/___/_____ dichiaro di:

- aver preso visione del "documento informativo";
- aver avuto la possibilità di porre domande al medico curante e/o all'operatore e di aver avuto risposte soddisfacenti;
- aver ricevuto informazioni chiare, sufficienti e da me comprensibili;
- aver compreso quindi le motivazioni, gli scopi e i benefici della rettosigmoidoscopia, le modalità di esecuzione, nonché le possibili complicanze e le eventuali alternative possibili;
- aver avuto il tempo necessario per riflettere prima di decidere se effettuare o meno la rettosigmoidoscopia;
- non aver avuto alcuna coercizione indebita nella richiesta del consenso.

Sono inoltre consapevole che:

- ho il diritto di ritirare il mio consenso in qualsiasi momento, senza fornire alcuna spiegazione;
- la non esecuzione della manovra endoscopica propositami può determinare una maggiore difficoltà nell'intervento diagnostico-terapeutico.

PERTANTO

- Dichiaro di acconsentire** liberamente e consapevolmente ad essere sottoposto a rettosigmoidoscopia
- Dichiaro di acconsentire** liberamente e consapevolmente all'esecuzione di eventuali manovre operative (biopsia, polipectomia, etc...) che dovessero essere potenzialmente effettuabili

Note _____

- Dichiaro di NON acconsentire**, consapevole delle possibili conseguenze, ad essere sottoposto a rettosigmoidoscopia
- Dichiaro di NON acconsentire**, consapevole delle possibili conseguenze, all'esecuzione di eventuali manovre operative (biopsia, polipectomia, etc...) che dovessero essere potenzialmente effettuabili

Chiedo di eseguire l'esame con sedazione farmacologica SI NO

In caso di sedazione è indispensabile venire accompagnati.

Firma del paziente _____

Firma del rappresentante legale _____
(genitori di minore/tutore/curatore/amministratore di sostegno)

Luogo e data _____, lì ___/___/_____

A cura del Medico Endoscopista

Dichiaro di avere fornito esaurienti informazioni al paziente sig./ra _____
che, a mio parere, sono state comprese.

Firma del Medico _____

Luogo e data _____, lì ___/___/_____

DATI ANAMNESTICI DA INSERIRE IN CARTELLA

Per ridurre al minimo i rischi di complicanze, la invitiamo a rispondere alle seguenti domande:

- è affetto da malattie del sangue o ha tendenza al sanguinamento eccessivo (es. frequente ed abbondante sanguinamento dal naso, tendenza ad avere ematomi, etc ...)? SI NO

- in caso lei sia affetto da malattie particolari la preghiamo di elencarle:

DIABETE ASMA BRONCHITE CRONICA MALATTIE CARDIACHE
 EPILESSIA DISTURBI PSICHIATRICI INSUFFICIENZA RENALE
 MALATTIA DEL FEGATO ALTRO _____

- **assume terapia anticoagulante** (Coumadin, Sintrom, Pradaxa, Eparina) o **antiaggreganti piastrinici** (Cardioaspirina, Cardirene, Ascriptin, Ticlopidina, Plavix, etc.)? SI NO

Se **SI**, li ha sospesi e da quanti giorni? _____

- indichi di seguito se assume altri farmaci ed il loro dosaggio

- è portatore di pacemaker (elettro stimolatore cardiaco)? SI NO

- è affetto da cardiopatia che richiede profilassi antibiotica (vizi e protesi valvolari, pregresse endocarditi ...)?

SI NO

Se **SI**, ha effettuato la profilassi antibiotica prevista e quando? _____

- se è una donna in età fertile è, oppure ritiene di essere, in gravidanza? SI NO

- ha eseguito la preparazione seguendo scrupolosamente le istruzioni? SI NO

- ha allergie, per esempio a farmaci (in particolare anestetici) o a lattice? SI NO

Se ha risposto **SI** la preghiamo di indicare a quali sostanze è allergico

Firma del paziente _____

Firma del rappresentante legale _____
(genitori di minore/tutore/curatore/amministratore di sostegno)

Luogo e data _____, lì ___/___/_____