ICCS
Istituto Clinico Città Studi

etichetta paziente

Servizio di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva Diagnostica ed Operativa
Responsabile Dott. Paolo Beretta
Tel. 02.2393.3055-3045-2252 - Fax 02.2393.4240
e-mail: paolo.beretta@ic-cittastudi.it

PREPARAZIONE PER L'ESECUZIONE DELLA RETTOSIGMOIDOSCOPIA

- PER DUE GIORNI DIETA SENZA VERDURE, FRUTTA E CIBI INTEGRALI
- LA SERA PRECEDENTE L'ESAME E LA MATTINA STESSA DELL'ESAME, PRATICARE UN CLISTERE CON CLISMALAX UN FLACONE 133 ML
- SUCCESSIVAMENTE DIGIUNO

Per qualsiasi informazione o spiegazione il paziente può rivolgersi al **Servizio di Endoscopia Digestiva** al numero telefonico 02-2393 3045/3055, E-mail: endoscopia@ic-cittastudi.it

SI RACCOMANDA INOLTRE DI LEGGERE ATTENTAMENTE LA NOTA INFORMATIVA ALLEGATA

Servizio di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva Diagnostica ed Operativa
Responsabile Dott. Paolo Beretta
Tel. 02.2393.3055-3045-2252 - Fax 02.2393.4240
e-mail: paolo.beretta@ic-cittastudi.it

NOTA INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO ALLA RETTOSCOPIA/RETTOSIGMOIDOSCOPIA

La rettoscopia consiste nell'introduzione di una sonda attraverso l'ano per la visione diretta dell'interno del retto e dell'ano. Nella retto-sigmoidoscopia la sonda si spinge fino al sigma, tratto di grosso intestino che precede il retto. La rettoscopia può essere effettuata con endoscopio rigido o flessibile. La rettosigmoidiscopia si esegue con endoscopio flessibile.
La durata dell'esame varia da pochi secondi a pochi minuti e non causa dolore ma fastidio. Tale disturbo è causato dall'introduzione dello strumento e dall'aria insufflata per avere una visione adeguata. Non richiede sedazione.

L'esame richiede una minima collaborazione attiva da parte del paziente.

Durante l'esame possono essere eseguite biopsie. Talvolta si eseguono polipectomie.

A COSA SERVONO LE BIOPSIE

Le biopsie sono dei prelievi di mucosa destinati ad essere esaminati al microscopio.

Le biopsie vengono eseguite per la diagnosi delle più svariate malattie (e non significa quindi automaticamente che si stia cercando un tumore).

CHE COSA E' UN POLIPO

Un polipo è una piccola escrescenza di mucosa, grande da qualche mm a qualche cm.

Non tutti i polipi sono uguali ed alcuni possono favorire la comparsa di un tumore con l'andar del tempo.

E' dunque prudente ogni volta che si trova un polipo in corso di endoscopia, toglierlo, farlo analizzare istologicamente e programmare una periodica sorveglianza. E' frequente tuttavia che in presenza di polipi si richieda un secondo esame, la colonscopia, nel corso del quale si eseguirà la polipectomia.

Sia le biopsie che le polipectomie possono, in rarissimi casi, complicarsi con sanguinamenti o perforazioni trattabili endoscopicamente o anche chirurgicamente.

PREPARAZIONE ALL'ESAME ENDOSCOPICO

E' molto importante che l'intestino sia ben pulito in modo tale da permettere all'operatore una visione ottimale, in caso contrario l'esame dovrà essere ripetuto.

Si devono seguire pertanto con diligenza le prescrizioni del personale infermieristico e le indicazioni allegate.

Servizio di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva Diagnostica ed Operativa
Responsabile Dott. Paolo Beretta
Tel. 02.2393.3055-3045-2252 - Fax 02.2393.4240
e-mail: paolo.beretta@ic-cittastudi.it

CONSENSO INFORMATO

Nel rapporto tra medico e paziente si ritiene necessario ed eticamente corretto un ruolo consapevole e attivo di quest'ultimo in relazione agli esami diagnostici invasivi e al trattamento e ai quali volontariamente si sottopone.

Per questa ragione, con il presente documento, Lei viene informato ed il medico che glielo sottopone e glielo illustra Le fornirà ogni più ampia e chiara informazione necessaria alla sua comprensione e si accerterà che Lei abbia bene compreso quanto viene qui di seguito sottoposto alla sua attenzione e alla finale sottoscrizione.

È importante che Lei ritenga le spiegazioni fornite esaurienti e chiare e, in particolare, abbia bene presente quanto Le viene proposto per ottenere un trattamento terapeutico appropriato. Le sono stati indicati i benefici in relazione a quanto Le verrà praticato, i possibili rischi e le eventuali alternative, così da consentirle una volontaria e conseguentemente consapevole decisione in merito. Per questo Le viene fornita anche per iscritto un'informazione quanto più dettagliata e completa possibile, per rendere comprensibile ed esauriente l'esposizione. Se lo ritenesse necessario, non abbia timore nel richiedere le ulteriori informazioni che crede utili al fine di risolvere eventuali dubbi o chiarire 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 che glielo sottopone ogni aspetto che non Le appare sufficientemente comprensibile.

Io sottoscritto _____ confermo di avere avuto, in data odierna, un colloquio informativo con il/la Dott. / Dott.ssa

_____

il/la quale mi ha spiegato che a motivo della patologia di cui sono affetto,

DIAGNOSI

_____

è necessario/opportuno intraprendere il seguente trattamento chirurgico/procedura invasiva

INTERVENTO

❑ **Rettoscopia** ❑ **Rettosigmoidoscopia** ❑ ***polipectomia endoscopica***

A tal proposito sono stato informato, in modo completo e da me comprensibile, in ordine:

- alla mia diagnosi risultante dalla visita e/o dall'esame;
- al trattamento più adeguato, ai tempi e alle modalità di attuazione;
- ai potenziali benefici del trattamento;
- alle possibili complicazioni, ai rischi e ai relativi ulteriori interventi medici;
- alle possibilità di insuccesso;
- ai rischi particolari legati al mio caso;
- ai disagi che potrebbero verificarsi a seguito del trattamento;
- ai tempi e alle modalità di recupero;
- alle opzioni terapeutiche alternative al trattamento diagnostico/terapeutico propostomi;
- compreso il non trattamento e gli annessi rischi;
- alle dotazioni strumentali necessarie.

Servizio di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva Diagnostica ed Operativa
Responsabile Dott. Paolo Beretta
Tel. 02.2393.3055-3045-2252 - Fax 02.2393.4240
e-mail: paolo.beretta@ic-cittastudi.it

Confermo inoltre:

- di avere avuto la possibilità di fare domande sul trattamento propostomi e che il medico si è reso disponibile per eventuali ulteriori chiarimenti;
- di essere a conoscenza della possibilità di dover firmare un nuovo modulo qualora il trattamento si suddivida in diversi momenti, in dipendenza dei quali potrebbero sorgere rischi per la mia salute;
- di essere stato informato della possibilità di revocare il mio consenso qualora non voglia più proseguire la cura;
- di sapere che ove si rendessero necessarie modifiche rispetto a quanto già discusso, dovrò manifestare di nuovo il mio consenso;
- di aver compreso che, in caso di necessità, durante l'intervento potrebbe essere necessario un cambiamento della strategia chirurgica non prevedibile in questo momento.

Intendo dunque, liberamente e coscientemente, sottopormi al trattamento consigliatomi, avendo ricevuto le informazioni necessarie per valutarne l'opportunità.

ATTO DI CONSENSO

Con la presente dichiarazione, da valere come manifestazione piena, libera ed incondizionata della mia volontà, io sottoscritto dichiaro di avere ricevuto e compreso le informazioni sopra elencate sinteticamente ed esposte nel documento tecnico allegato e:

☐ **Do il consenso**	☐ **Non do/revoco il consenso**
Firma del Paziente, tutore/genitore _____ Firma del Medico _____ *(timbro o matricola e firma leggibile)*	Firma del Paziente, tutore/genitore _____ Firma del Medico _____ *(timbro o matricola e firma leggibile)*
Data: _____	

Dati del dichiarante:

- ❒ paziente
- ❒ tutore del paziente inabilitato
- ❒ genitori del paziente minorenne esercenti la patria potestà

in stampatello riportare nome e cognome e data di nascita del dichiarante, se diverso dal paziente:

_____

Firma dell'altro genitore _____

Indicare il nominativo dell'eventuale mediatore / interprete utilizzato _____

ICCS
Istituto Clinico Città Studi

etichetta paziente

DICHIARAZIONE GESTIONE BENI PERSONALI

Io sottoscritto/a _____

DICHIARO

di essere stato informato dal personale addetto che:

- Le strutture Ospedaliere sono esposte al deplorevole e doloroso fenomeno di frequenti furti ai danni dei pazienti.

- La Direzione ha adottato tutta una serie di misure atte ad evitare tale fenomeno (es.: controllo agli accessi della clinica con videocamere, etc.) ma tali misure non sono sempre sufficienti ad eliminare il fenomeno.

- La Direzione rivolge viva raccomandazione a tutti i pazienti affinché non lascino incustoditi portafogli, denaro, carte bancomat, carte di credito, telefoni cellulari, protesi dentarie ed altri oggetti di valore e raccomanda a tutti i pazienti che ne hanno possibilità di consegnare ai familiari/accompagnatori ogni e qualsiasi oggetto (bancomat, carta di credito, cellulare, orologio, denaro contante, oggetti di valore in genere) il cui utilizzo non è stettamente necessario.

DICHIARO ALTRESI'

di non avere con me beni preziosi e/o di provvedere personalmente alla gestione di quelli in mio possesso, compresi eventuali ausili personali (occhiali, protesi, bastoni etc…)

Esonero, pertanto,la struttura ed il personale tutto, da qualsiasi responsabilità in caso di smarrimento.

Milano, _____ *Firma paziente* _____

ICCS
Istituto Clinico Città Studi

etichetta paziente

DICHIARAZIONE GESTIONE BENI PERSONALI

Io sottoscritto/a _____

DICHIARO

di essere stato informato dal personale addetto che:

- Le strutture Ospedaliere sono esposte al deplorevole e doloroso fenomeno di frequenti furti ai danni dei pazienti.

- La Direzione ha adottato tutta una serie di misure atte ad evitare tale fenomeno (es.: controllo agli accessi della clinica con videocamere, etc.) ma tali misure non sono sempre sufficienti ad eliminare il fenomeno.

- La Direzione rivolge viva raccomandazione a tutti i pazienti affinché non lascino incustoditi portafogli, denaro, carte bancomat, carte di credito, telefoni cellulari, protesi dentarie ed altri oggetti di valore e raccomanda a tutti i pazienti che ne hanno possibilità di consegnare ai familiari/accompagnatori ogni e qualsiasi oggetto (bancomat, carta di credito, cellulare, orologio, denaro contante, oggetti di valore in genere) il cui utilizzo non è stettamente necessario.

DICHIARO ALTRESI'

di non avere con me beni preziosi e/o di provvedere personalmente alla gestione di quelli in mio possesso, compresi eventuali ausili personali (occhiali, protesi, bastoni etc…)

Esonero, pertanto,la struttura ed il personale tutto, da qualsiasi responsabilità in caso di smarrimento.

Milano, _____ *Firma paziente* _____