INFORMATIVA RX DEFECOGRAFIA E CONSENSO

Lo specialista ha ritenuto opportuno sottoporla ad una defecografia. Lo scopo di questo esame, che prevede l'impegno di raggi X, è valutare la funzionalità della defecazione per curarne eventuali alterazioni.

L'esame prevede l'introduzione di una cannula nell'ano e la successiva distensione del retto con mezzo di contrasto baritato, un liquido opaco ai raggi X. Il Paziente viene poi invitato a eliminare il mezzo di contrasto come nell'abituale defecazione. Tutte le fasi dell'esame sono documentate con immagini radiografiche.

Possibili complicanze in base alle più recenti conoscenze scientifiche

Non sono descritte complicanze.

Esistono indagini diagnostiche alternative a quella proposta?

L'unica indagine radiologica alternativa è la defeco-RM in cui l'atto della defecazione viene documentato con Risonanza Magnetica.

****

INFORMAZIONI CLINICHE NECESSARIE ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME DEFECOGRAFIA DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO CURANTE O SPECIALISTA

1. Sospetto clinico/diagnostico (obbligatorio**)**

_____

E' fondamentale portare con sé la documentazione sanitaria precedente in relazione alla problematica oggetto di studio (TC, RM, radiografie, ecografie, cartellini di ricovero; lettere di dimissione, endoscopie, esami istologici, ecc).

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Io Sottoscritto/a …….. dichiaro di aver correttamente inteso quanto illustrato e accetto di sottopormi all'esame con somministrazione di mezzo di contrasto. Mi è stato spiegato che tale indagine, come accade per tutte le discipline mediche, non è esente da complicanze anche se attuata con perizia, diligenza e prudenza. Preso atto della situazione illustrata, accetto le procedure necessarie e confermo di aver avuto risposte esaurienti.

Data……

Firma del paziente ……

tutore ……

Preso atto e verificato direttamente dal paziente di quanto riportato e sottoscritto

DATA……..

Timbro e firma del Medico Radiologo : Dr ……

****

REVOCA DEL CONSENSO

Il Sottoscritto……

in data …….. dichiara di revocare il consenso, avendo ricevuto dai sanitari informazioni sulle conseguenze di tale decisione e sulle possibili alternative.

Data…… Firma del paziente ……

tutore ……

DATA……..

Timbro e firma del Medico Radiologo : Dr ……