


<p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Santi Paolo e Carlo</p>	<p><b>INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO ENTERO-TC</b></p>	<p><b>AST_RAD_531_Ed01</b></p> <p>Approvazione: Direttore Dipartimento Area dei Servizi Diagnostici</p> <p>Data di Emissione: 19.05.2023</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## INFORMATIVA

### 1. CHE COS'È

L'enteroTC è un esame radiologico che si esegue utilizzando un'apparecchiatura di Tomografia Computerizzata (TC) per studiare la forma, il decorso, il calibro, le pareti e la pervietà delle diverse parti del piccolo intestino. Le informazioni che si potranno ottenere da questo esame saranno di aiuto per giungere alla formulazione di una diagnosi del suo problema sanitario.

### 2. A COSA SERVE

L'entero-TC è utile per la valutazione di patologie dell'intestino tenue quali malattie infiammatorie croniche o neoplastiche e per lo studio di sanguinamenti gastro-intestinali.

### 3. COME SI EFFETTUA

Il paziente viene posizionato su un lettino che si muove all'interno di un'apparecchiatura circolare (*gantry*) al cui interno si trovano la fonte di raggi X ed i dispositivi di rilevazione. I dati di rilevazione ottenuti vengono rielaborati da un computer che li trasforma in immagini. L'esame prevede la somministrazione di mezzo di contrasto iodato (mdc) per via endovenosa per cui è necessario avere effettuato un esame del sangue – creatininemia - ed è necessario leggere l'informativa e firmare l'apposito consenso.

### 4. PREPARAZIONE

Per la corretta valutazione dell'intestino tenue è necessaria una buona distensione delle anse, che si ottiene con la somministrazione per bocca di una soluzione a base di Poli-Etilen-Glicole (PEG) o Macrogol disciolto in acqua\*\*. La soluzione PEG le verrà somministrata in reparto, prima dell'esame. Per favorire la distensione delle anse potrebbe essere necessaria anche la somministrazione per via endovenosa di un farmaco spasmolitico (es. Buscopan®).

**NOTA\*\* Controindicazioni PEG Macrogol:** *Ipersensibilità verso uno dei componenti del prodotto. Forme occlusive o stenotiche dell'intestino, stasi gastrica, ileo paralitico, perforazione gastrointestinale, colite acuta, megacolon tossico. Soggetti sotto 20 kg di peso. Va somministrato con particolare cautela in pazienti gravemente cardiopatici o gravemente nefropatici; in pazienti con riflesso della deglutizione e stato mentale compromesso, per il rischio di aspirazione da rigurgito. Non utilizzare il prodotto nel dubbio di lesioni ostruenti il lume intestinale o se sono presenti forti dolori addominali, nausea e/o vomito*

#### Il giorno dell'esame:

- Digiuno da almeno 6 ore.
- Presentarsi in reparto di radiologia **almeno 1 ora prima dell'esame**, per la preparazione con PEG.

### 5. RACCOMANDAZIONI

Se lei assume farmaci per via orale (ad esempio per il diabete o per l'ipertensione) è opportuno che continui ad assumerli anche il giorno dell'esame.

Al termine dell'esame lei potrà riprendere le normali attività ed alimentarsi regolarmente, salvo diversa indicazione da parte del Medico che segue la procedura.

È possibile provare una sensazione di gonfiore dopo l'esame che sparisce in genere spontaneamente.

### 6. DISAGI, EFFETTI INDESIDERATI, RISCHI E COMPLICANZE

È normale che la somministrazione della soluzione a base di PEG possa dare un senso di ripienezza e necessità di evacuare. Il medico si informerà se esistono controindicazioni alla somministrazione di Buscopan®.

### 7. COSA PORTARE:

- L'impegnativa del medico curante con dicitura "TAC ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC", accettata al CUP;
- Questo modulo (AST\_RAD\_531 "Informativa e consenso informato a entero-TC");
- Il modulo di informativa e consenso informato alla somministrazione di mezzo di contrasto iodato (AST\_RAD\_501);
- Il referto dell'esame della creatininemia (non più vecchio di 1 mese);
- Documentazione sanitaria, esami precedenti e inerenti il distretto anatomico da indagare (RM, TC, radiografie, ecografie), visita del gastroenterologo.

**8. RISCHIO PER L'ESPOSIZIONE A RAGGI X**

L'esposizione a raggi X comporta un aumento del rischio di sviluppare tumori. Il rischio è generalmente minimo, giustificato dal favorevole rapporto rischio/beneficio. In caso di procedure ripetute deve essere considerato l'effetto cumulativo dell'esposizioni ai raggi X. In considerazione dei possibili effetti nocivi che le radiazioni ionizzanti possono avere su embrione e feto, la procedura è sconsigliata in caso di gravidanza (in caso di necessità si procederà alla valutazione di ogni singolo caso). Per questo motivo, **in caso Lei sia una donna in età fertile**, Le verrà richiesto di attestare di non essere in stato di gravidanza, accertata o presunta o di non poter escludere lo stato di gravidanza prima dell'esecuzione della procedura.

Ulteriori informazioni sono riportate nei cartelli informativi affissi nelle sale di attesa o su richiesta.

**CONTATTI UTILI:**

- SC Radiologia Presidio San Carlo Borromeo: tel. 02/4022.2039/2465; mail: [info.radiologia.hsc@asst-santipaolocarlo.it](mailto:info.radiologia.hsc@asst-santipaolocarlo.it)
- SC Radiologia Presidio San Paolo: tel. 02/8184.4652; mail: [info.radiologia.hsp@asst-santipaolocarlo.it](mailto:info.radiologia.hsp@asst-santipaolocarlo.it)

**Io sottoscritto** (*nome e cognome*) ..... **dichiaro di aver letto e compreso il contenuto della presente informativa sanitaria, già verbalmente spiegata dal medico e relativa all'atto sanitario consigliatomi.**

**Data**.....

**Firma**.....

**DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE**

Cognome .....

Nome .....

Data di nascita .....

Lingua parlata: Italiano: SÌ  NO  Altro: .....

Peso (kg): .....

**INDAGINE RICHIESTA:** .....**Spazio etichetta****CONSENSO INFORMATO**

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

**Accettare**     **Rifiutare l'indagine proposta**

Firma del paziente: ..... Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Se minore:

Padre - Nome Cognome: ..... Data di nascita: ..... Firma: .....

Madre - Nome Cognome: ..... Data di nascita: ..... Firma: .....

Tutore/Amministratore di sostegno:

.....

*(nome, cognome e firma)*

Eventuale Interprete/Testimone:

.....

*(nome, cognome e firma)*

Firma e timbro (o matricola) del Medico: .....

Il paziente che ha espresso il proprio consenso è libero di rifiutare la prestazione in qualsiasi momento.

**NOTA: \*\*** In caso di revoca successiva del consenso

Data: .....

Firma dell'interessato *(Nel caso di minore, firme dei genitori)*: .....

Firma, timbro o matricola del medico: .....

U.O: .....

Osservazioni: .....