



INFORMATIVA

1. COS'È

È una indagine radiologica che consente di studiare il primo tratto dell'apparato digerente.

2. IN COSA CONSISTE E COME SI SVOLGE

Lo studio della deglutizione viene effettuato con mezzo di contrasto, a base di iodio o di bario, introdotto per bocca. Nello studio della deglutizione spesso si utilizzano densità e consistenze diverse che servono per valutare la capacità di deglutire e il transito in esofago. Per lo studio dello stomaco in genere si somministra prima una polvere effervescente per ottenere una distensione dello stomaco e una migliore valutazione del rilievo mucoso. L'assunzione del mezzo di contrasto viene controllata attraverso la visione radioscopica per potere effettuare una valutazione funzionale. Vengono poi acquisiti radiogrammi nei vari decubiti per studiare le diverse componenti.

3. PREPARAZIONE NECESSARIA – RACCOMANDAZIONI

Per lo studio dello stomaco è necessario il digiuno da 12 ore.

4. I DISAGI, GLI EFFETTI INDESIDERATI, RISCHI E COMPLICANZE

L'esame è ben tollerato. Il disagio è legato al sapore delle sostanze da ingerire, non sempre gradite.

In caso di disturbi della deglutizione è possibile che si verifichi il passaggio di contrasto in trachea e polmoni, che può provocare colpi di tosse. È rarissima la possibilità di reazioni locali e polmoniti da aspirazione.

Sono stati descritti rarissimi casi di penetrazione endovascolare del mezzo di contrasto con fenomeni embolici.

Sono stati segnalati rarissimi casi di reazioni allergiche.

Raramente il contrasto inalato permane nei polmoni restando visibile a successive indagini radiografiche.

Si raccomanda di segnalare al medico eventuali intolleranze al fruttosio prima di eseguire l'esame, poiché contenuto nel mezzo di contrasto a base di bario solfato.

5. 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:

- Radiologia Presidio San Paolo: tel. 02 8184.4658; email: info.radiologia.hsp@asst-santipaolocarlo.it;
- Radiologia Presidio San Carlo Borromeo: tel. 02 4022. 2465; email: info.radiologia.hsc@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:**MODALITÀ DI SOMMINISTRAZIONE** (se diversa da quella endovenosa):
.....

Spazio etichetta

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

Ha già eseguito esami con mezzo di contrasto (mdc) iodato?

 SÌ NO

Ha avuto reazioni allergiche al mdc iodato?

 SÌ NO

Se sì di che tipo?

 Lievi Moderate Severe

Ha importanti allergie a farmaci o altre sostanze?

 SÌ NO

Soffre di asma grave?

 SÌ NO**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: