

<p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Santi Paolo e Carlo</p>	<p>INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO DEFECOGRAFIA</p>	<p>AST_RAD_546_Ed01</p> <p>Approvazione: Direttore Dipartimento Area dei Servizi Diagnostici</p> <p>Data di Emissione: 19.05.2023</p>
---	---	--

INFORMATIVA

1. CHE COSA È

La defecografia è l'indagine radiologica che consente di studiare le alterazioni funzionali del meccanismo della defecazione evidenziando le cause e la sede della disfunzione, mediante opacizzazione dell'ampolla rettale.

2. A COSA SERVE

La defecografia rappresenta l'indagine radiologica più accurata per l'identificazione dei disordini morfo-funzionali dell'ampolla rettale e della via di efflusso anale. L'esame documenta la morfologia dell'ampolla rettale e del canale anale, i rapporti con il sacro-coccige ed il pube, obiettivando le modificazioni che si verificano con valutazione statica e dinamica.

3. COME SI EFFETTUA

La defecografia consiste nello studio radiologico dinamico dell'evacuazione di mezzo di contrasto baritato denso, introdotto nel retto attraverso una sonda. Il paziente viene in seguito seduto su un apposito WC radiotrasparente, posizionato sull'apparecchiatura radiologica e viene invitato ad evacuare il bario, precedentemente introdotto per via rettale. Mediante registrazione dell'immagine radiosopica è possibile valutare il comportamento statico e dinamico della giunzione ano-rettale e del pavimento pelvico, nella fase di continenza e in quella di evacuazione. In alcuni casi si somministra bario per via orale (circa 1-2 ore prima) per valutare i rapporti con le anse del piccolo intestino.

4. PREPARAZIONE NECESSARIA – RACCOMANDAZIONI

Non è necessaria alcuna preparazione prima dell'esame. Continuare le terapie farmacologiche in corso (ad es. per l'ipertensione o il diabete).

5. I POSSIBILI RISCHI E COMPLICANZE

Nel caso di traumi della parete intestinale il mezzo di contrasto baritato può fuoriuscire e sviluppare una infiammazione. Raramente sono descritti casi di perforazione intestinale, trattabili con terapia conservativa o, in casi estremi, chirurgica. Condizioni morbose preesistenti, quali il Morbo di Crohn o la rettocolite ulcerosa aumentano il rischio di perforazione per cui la invitiamo ad informarne il Medico Radiologo prima della esecuzione della indagine con possibilità di peritonite da bario. Sono stati descritti rarissimi casi di penetrazione endovascolare del mezzo di contrasto con fenomeni embolici. Sono stati segnalati rarissimi casi di reazioni allergiche.

Le sospensioni di bario solfato contenenti sorbitolo devono essere usate nei neonati e nei bambini soltanto dopo aver consultato un medico, a causa di una possibile intolleranza al fruttosio ereditaria non nota. Vi è anche un rischio per la salute in pazienti giovani e adulti con intolleranza ereditaria al fruttosio.

6. 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
- SC Radiologia Presidio San Paolo: tel. 02/8184.4652; mail: 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):

Spazio etichetta

INDAGINE RICHIESTA:

MODALITÀ DI SOMMINISTRAZIONE (se diversa da quella endovenosa):
.....

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

Ha già eseguito esami con mezzo di contrasto (mdc) iodato?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Ha avuto reazioni allergiche al mdc iodato?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Se sì di che tipo? <input type="checkbox"/> Lievi: <input type="checkbox"/> Moderate		<input type="checkbox"/> Severe
Ha importanti allergie a farmaci o altre sostanze?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Soffre di asma grave?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> 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: