



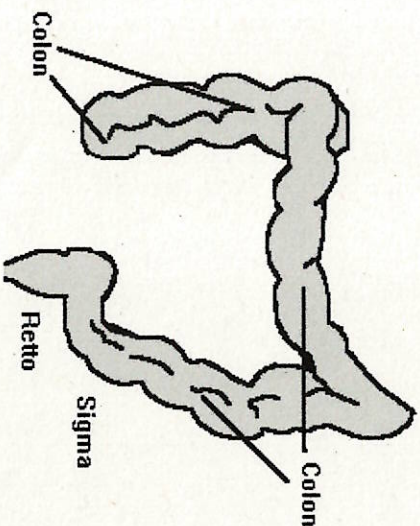
**Istituti Clinici
Zucchi**

Gruppo San Donato

**Servizio di Gastroenterologia
ed Endoscopia Digestiva**

**INFORMATIVA AI PAZIENTI CHE
DEVONO SOTTOPORSI AD
ESAME ENDOSCOPICO**

**Endoscopia del tratto digestivo inferiore
Rettosigmoidoscopia e Colonscopia**



Se siete già stati sottoposti ad altri esami endoscopici ricordateVi di portare i reperti delle endoscopie e degli esami istologici precedenti.

Il presente pieghevole informativo ha lo scopo di portarVi a conoscenza delle procedure cui verrete sottoposti. Siete pregati di leggerlo attentamente (discutendone con il medico che ha richiesto l'esame in caso di dubbi) e conservarlo anche dopo l'esame.

L'endoscopia del tratto digestivo inferiore è un esame visivo del rivestimento interno del retto, del sigma (Rettosigmoidoscopia) o di tutto il grosso intestino (Colonscopia). È possibile visualizzare l'interno dell'apparato digerente introducendo dall'ano una piccola e lunga sonda. L'esame di tutto il grosso intestino (colonscopia) viene di solito praticato previa somministrazione di una sedazione-analgesia che ha lo scopo di ridurre la sensazione di crampi all'addome dovuta all'insufflazione di aria e alle manovre di raddrizzamento delle anse del colon (somministrazione di Midazolam ed eventualmente di Meperidina per via endovenosa) Più lei sarà disteso e rilassato più l'esame sarà agevole e veloce.

L'esame può essere eseguito anche senza la sedazione, ma noi la raccomandiamo.

Attraverso questo esame potrà essere verificata la presenza o meno della patologia sospettata dal medico che le ha richiesto l'esame. L'endoscopista potrà vedere le eventuali anomalie presenti nel colon. Se necessario sarà possibile prelevare, in modo assolutamente indolore, piccoli campioni di tessuto (biopsie) da inviare per un esame microscopico (esame istologico).

È talvolta anche possibile, durante l'esame, procedere alla rimozione di eventuali polipi (polipectomia), sempre in modo indolore. L'asportazione di polipi di grosse dimensioni o in sedi particolari, o ancora con caratteristiche particolari può richiedere una seconda colonscopia che, per la vostra sicurezza viene eseguita in regime di ricovero.

In alcuni casi possono essere presenti condizioni che determinano l'impossibilità a completare l'esame quali scarsa pulizia intestinale o presenza di anse fisse del colon che non consentono la pro-

gressione dello strumento. Queste condizioni si verificano in genere in meno del 5% dei casi. Queste stesse condizioni possono anche determinare una mancata visualizzazione di alterazioni della parete intestinale.

Sappiate che questo esame rappresenta lo strumento attraverso il quale il medico può individuare la causa dei vostri disturbi e quindi adottare le cure necessarie. Inoltre in caso di presenza di polipi questo esame è al tempo stesso diagnostico e spesso curativo. Un polipo non asportato può crescere e trasformarsi in forme maligne tanto da richiedere successivamente un intervento chirurgico.

Alternative alla colonscopia

Esistono altri metodi di studio del grosso intestino (esempio clisma opaco con mezzo di contrasto, colonscopia virtuale). Questi altri metodi hanno in comune di essere esami indiretti, cioè non viene visualizzato direttamente il rivestimento interno dell'intestino (mucosa) ma viene esaminato utilizzando dei mezzi di contrasto che "disegnano" la superficie del colon. Questi metodi possono essere meno fastidiosi per il paziente, ma richiedono in ogni caso la preparazione dell'intestino con purghe. Alterazioni di piccole dimensioni possono sfuggire più facilmente a questi esami, e soprattutto non permettono il prelievo di materiale per un esame microscopico né l'asportazione di eventuali lesioni. Pertanto se questi esami rilevano una lesione potrà esservi chiesto di eseguire successivamente una colonscopia.

Spesso questo esame vi viene richiesto da un medico diverso da quello che eseguirà l'esame. Discutete con Lui le diverse opzioni e le vostre perplessità

Preparazione all'esame

Il colon deve essere completamente libero da feci; dovete quindi eseguire la preparazione all'esame descritta nell'allegato.

E consigliato assumere i farmaci abituali, anche se è meglio inghiottirli con poca acqua.

Se assumete Aspirina® o farmaci anti aggreganti consultate il Vostro medico per valutare se potete sospenderli nei 5 giorni precedenti l'esame.

Se assumete anticoagulanti (es Coumadin, Sintrom) rivolgetevi al centro di controllo della terapia anticoagulante. Portate INR del giorno precedente l'esame

Se assumete anticoagulanti ad azione diretta (es Eliquis, Pradaxa ecc) consultate il vostro medico per sapere se potete sospenderli per 48 ore prima dell'esame

Se assumete farmaci contenente ferro dovete sospenderli nei 5 giorni precedenti l'esame.

Come sarà l'esame

Il medico coadiuvato dall'infermiere Vi spiegherà la procedura e risponderà alle Vostre domande.

Avvisateci prima, per favore, se:

1. avete mai avuto allergie o reazioni indesiderate dopo l'assunzione di farmaci o dopo l'esecuzione di anestesie locali
2. state assumendo antiaggreganti o farmaci anti-coagulanti, e per quale motivo;
3. siete affetti da patologie che coinvolgono le valvole cardiache, o siete portatori di valvole artificiali;
4. siete portatori di uno stimolatore cardiaco (*pace-maker*) o di altri apparecchi elettromedicali non rimovibili.

Dovrete rimuovere gli occhiali, Vi verranno somministrati farmaci per via endovenosa per la sedazione-analgesia, a meno di controindicazioni. Mentre sarete in una comoda posizione sul fianco sinistro, l'endoscopista introdurrà dall'ano l'endoscopio ed inizierà la procedura. Durante l'esame potrete sentire crampi e pressione causati dall'aria che viene insufflata nel colon. È normale e questa sensazione passerà velocemente. Durante

l'esame Vi sarà chiesto di cambiare posizione sul lettino; in questo sarete aiutati dagli infermieri e dall'endoscopista. L'esame durerà in media 30 minuti.

In caso di polipi

Se dovesse essere riscontrata la presenza di polipi, l'endoscopista in base alle loro caratteristiche ed alla terapia che eventualmente state assumendo deciderà se sarà sicura la loro rimozione durante questa colonscopia o se l'esame endoscopico dovrà essere riprogrammato in un secondo momento in condizioni di maggiore sicurezza (ad esempio in day-hospital o dopo la modifica della terapia anti-coagulante).

Dopo l'esame

Rimarrate nel servizio di endoscopia fino a che saranno svaniti gli effetti delle medicazioni somministrate. Potrete sentire la pancia gonfia dopo l'esame: questo è dovuto alla presenza di aria introdotta durante l'endoscopia; questa sensazione è normale e passerà nell'arco di poche ore.

Se vi è stato somministrato un sedativo per via endovenosa DOVRETE avere con Voi qualcuno che possa riaccompagnarVi a casa. Per il resto della giornata NON DOVRETE guidare autoveicoli, lavorare su macchinari o prendere decisioni importanti, dal momento che il sedativo può rallentarVi i riflessi e ridurre la Vostra capacità di giudizio.

Rischi

I possibili rischi legati alla procedura, anche se rari sono rappresentati da:

- effetti collaterali alla sedazione analgesia riportati nel 0.1 –0.4 % dei pazienti e rappresentati da un rallentamento del respiro che può in alcuni casi richiedere la somministrazione di ossigeno, riduzione della pressione arteriosa, nausea o capogiri che possono richiedere una

osservazione prolungata nel nostro ospedale o la somministrazione di "antidoti". Una depressione severa del centro del respiro, che richieda l'intervento di un anestesista, è descritta in meno di un caso ogni 3000.


- complicanze dell'esame endoscopico quali sanguinamento o perforazione (strappo) del colon. In caso di rimozione di un polipo il rischio di emorragia è di circa il 2% (questi casi possono essere trattati immediatamente o a breve distanza direttamente con la colonscopia).

Il rischio di perforazione nella colonscopia diagnostica è di un caso ogni 20000 questo rischio aumenta in caso di procedura operativa. In alcuni casi il trattamento d'emergenza deve essere chirurgico.

Poco più frequente (circa un caso ogni 100 polipi asportati) è la comparsa di dolore addominale dopo la rimozione del polipo, che in genere si risolve spontaneamente o con cure mediche appropriate.

La probabilità di avere effetti collaterali o complicanze è maggiore per i pazienti molto anziani, per i pazienti in scadenti condizioni di salute o acutamente malati.

Se nelle ore o nei giorni successivi all'esame avete dolore, feci nere o di aspetto catramoso, feci con sangue rosso vivo, vomito o febbre contattate il centro di endoscopia dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 16.30 ☎ 0398383409. Nei restanti orari e nei giorni festivi recarsi presso il pronto soccorso a Voi più vicino.

 <p>Istituti Clinici Zucchi Gruppo San Donato</p>	<p align="center">PREPARAZIONE INTESTINALE ALL'ESAME ENDOSCOPICO DEL TRATTO DIGESTIVO INFERIORE (RETTOSIGMOIDOSCOPIA)</p>	<p>Mod. MZSAIN_4555b</p> <p>Rev. 003 del 28/09/2023</p>
<p><input type="checkbox"/> Presidio di Monza</p> <p><input type="checkbox"/> Presidio di Carate Brianza</p>		

Scopo:

La preparazione intestinale consiste nella pulizia dell'ultimo tratto dell'intestino (retto, sigma e colon discendente) dai residui fecali tramite enteroclisma introdotto per via rettale.

Occorrente

Acquistare in farmacia:

- a) sacca per enteroclisma da due litri (2 lt) con acqua e glicerina;
- b) Clisma da 133cc: clisma-lax o clisma fleet

Preparazione all'esame

Nei tre giorni prima dell'esame non assumete frutta né verdura

Il giorno prima dell'esame

- alle ore 12.00 assumere un pasto non abbondante
- alle ore 18.00 assumere brodo con Cracker
- alle ore 20.00 eseguire enteroclisma da due litri

Il giorno dell'esame:


- Rimanere a digiuno fino al momento dell'esame
- Al mattino al risveglio eseguire un Clisma-lax o Clisma fleet
- Qualora l'esame sia programmato dopo le ore 14.00, è possibile, al mattino entro le ore 10.00, assumere thè zuccherato o succo di frutta

Attenzione

- Sia il giorno della preparazione che il giorno dell'esame è consigliato assumere i farmaci abituali, all'ora programmata, meglio se con poca acqua

Domande o problemi ?

Contattate l'infermiera al numero di telefono (039) 8383.381 dalle ore 09:00 alle ore 17:00 dal lunedì al venerdì.

 Istituti Clinici Zucchi Gruppo San Donato	INFORMAZIONE E CONSENSO PER COLONSCOPIA/RETTOSCOPIA	Mod. SMZSAIC_4553 Rev. 005 del 28/09/2023
<input type="checkbox"/> Presidio di Monza <input type="checkbox"/> Presidio di Carate Brianza		1/2

Numero cartella clinica

Cognome

Nome

Data di consegna dell'informativa

Gentile Signora, Egregio Signore,

Il trattamento che Le viene proposto è una colonscopia/rettoscopia.

Durante l'esame potranno essere eseguite delle manovre operative richieste dalla Sua condizione clinica quali ad esempio biopsie o polipectomie.

La Direzione e i medici degli Istituti Clinici Zucchi ritengono eticamente necessario e corretto che, nel rapporto tra medico e paziente, quest'ultimo svolga un ruolo consapevole e attivo in relazione al trattamento e agli esami diagnostici ai quali volontariamente si sottopone.

Il medico del nostro Servizio fornirà ogni più ampia e chiara informazione necessaria alla sua comprensione e si accerterà che Lei abbia bene compreso quanto è stato sottoposto alla Sua attenzione.

È importante che Lei ritenga le spiegazioni fornite esaurienti e chiare ed in particolare abbia ben presente quanto Le viene proposto. Le sono stati indicati i benefici in relazione alla colonscopia e all'utilizzo della sedazione cosciente, i possibili rischi e le eventuali alternative, così da consentirLe una volontaria e conseguentemente consapevole decisione in merito.

Se lo ritiene necessario, prima di prestare il Suo consenso scritto firmando il presente modulo, non abbia alcun timore nel richiedere tutte le ulteriori informazioni che crede utili al fine di risolvere eventuali dubbi o chiarire alcuni aspetti di quanto esposto che non ha pienamente compreso.

- Dichiaro di essere informato del fatto che fattori estranei alla mano del medico ed alla precisione dell'intervento, compresa la mancata osservanza delle eventuali prescrizioni riportate nel reperto possono comunque influenzare il decorso
- Dichiaro di essere stato posto a conoscenza, tra l'altro della possibilità di porre domande riguardo alle problematiche relative a questa procedura, rilasciatemi dal Dott. _____ che ha fornito spiegazioni aggiuntive su:

- Mi viene confermato che sarà presente durante l'esecuzione della procedura personale qualificato a far fronte a qualsiasi necessità clinica e che verranno utilizzate le apparecchiature tecniche conformi alle necessità specifiche. Qualora durante l'intervento si verificassero particolari difficoltà di ordine tecnico legate sia alla malattia che alle condizioni generali, accetto le modifiche alla condotta programmata che si rendessero necessarie.
- Affermo infine di avere letto e compreso perfettamente tutto ciò che mi viene spiegato e che tutti gli spazi in bianco sono stati completati (o sbarrati) prima della mia firma.

E' obbligatorio per il medico metterLe a disposizione le suddette informazioni sul trattamento che è proposto, sui risultati e sui rischi connessi alla procedura. La firma da parte Sua di questo documento vuole essere la conferma per il medico di avere fornito tali informazioni in maniera che Lei ritiene adeguata e comprensibile e di aver soddisfatto ogni Sua domanda e *non solleva il medico dal suo obbligo di diligenza, perizia e prudenza.*

ATTO DI CONSENSO ALLA COLONSCOPIA/RETTOSCOPIA

Con la presente dichiarazione, da valere come manifestazione piena, libera ed incondizionata della mia volontà, io sottoscritto, dopo essere stato edotto delle mie condizioni di salute e delle modalità di esecuzione del trattamento proposto e dopo avere valutato, sulla base di quanto ampiamente illustrato e riassunto in una specifica informativa, i possibili vantaggi così come gli eventuali rischi generici e specifici della procedura, le possibili alternative al trattamento proposto, le possibilità di successo del trattamento proposto, il decorso post-procedura e le possibili conseguenze del non trattamento.

O ACCONSENTO a sottopormi alla colonscopia/rettoscopia con eventuali procedure operative.

data..... firma

O NON ACCONSENTO a sottopormi alla colonscopia/rettoscopia con eventuali procedure operative.

data..... firma

Essendo stato informato dei possibili effetti collaterali della sedazione analgesia, della eventuale necessità di somministrare antidoti o di prolungare il tempo di osservazione dopo la procedura; reso edotto altresì della necessità di non guidare autoveicoli, lavorare su macchinari o prendere decisioni importanti per il resto della giornata.

O ACCONSENTO alla somministrazione della sedazione analgesia

data..... firma

O NON ACCONSENTO alla somministrazione della sedazione analgesia

data..... firma

Cognome e Nome (in stampatello): del paziente; del tutore del paziente inabilitato; dei genitori del paziente minorenni esercenti la patria potestà

Data Firma del Paziente/tutore/genitore

Firma dell'altro genitore.

Data Timbro e Firma del medico che riceve il consenso

IN CASO DI SOTTOSCRIZIONE DI UNO SOLO DEGLI ESERCENTI LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE, CON LA PRESENTE SOTTOSCRIZIONE IL FIRMATARIO DICHIARA DI ESERCITARE CONGIUNTAMENTE LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE, OVVERO DI ESSERE L'UNICO ESERCENTE LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE ESONERANDO DA OGNI RESPONSABILITÀ LA STRUTTURA E I SUOI MEDICI PER OGNI ATTO CONSEGUENTE ALLA MENDACE AFFERMAZIONE ED ACCOLLANDESENE GLI ONERI. — IN CASO DI ESERCIZIO DELLA RESPONSABILITÀ GENITORIALE DISGIUNTA SARÀ INDISPENSABILE LA SOTTOSCRIZIONE DI ENTRAMBI GLI ESERCENTI LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE OVVERO DI PROCURA NOTARILE DELL'ESERCENTE LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE CHE NON SOTTOSCRIVE OVVERO DI DICHIARAZIONE CON LA QUALE SI ATTRIBUISCE LA FACOLTÀ DI SOTTOSCRIVERE IL CONSENSO ALL'ALTRO GENITORE MUNITA DI DICHIARAZIONE D'AUTENTICITÀ DELLA FIRMA. — SE IL MINORE HA PIÙ DI 14 ANNI OLTRE ALLA FIRMA DEI GENITORI (O DEL TUTORE) DEVE FIRMARE LO STESSO MINORE.



ANAMNESI PRE-ENDOSCOPIA

Egregio Signore / Gentile Signora,

per facilitare la raccolta dei suoi dati anagrafici e della sua storia clinica La preghiamo gentilmente di compilare questo modulo con l'aiuto del suo medico curante. La informiamo che i dati da lei comunicati saranno utilizzati esclusivamente per la compilazione della cartella clinica elettronica.

COGNOME NOME

DATA DI NASCITA/...../..... LUOGO DI NASCITA

INDIRIZZO CITTA'.....

RECAPITO TELEFONICO 2° RECAPITO TELEFONICO

Le hanno richiesto questo esame perché

E' in gravidanza? si no sta allattando? si no

Soffre di ipertensione arteriosa diabete ipotiroidismo

malattie cardiache se si quali

malattie renali se si quali

malattie polmonari se si quali

malattie epatiche se si quali

altro

Ha subito interventi chirurgici a:

testa collo torace addome altro

Specificare.....

E' portatore di pace maker (o altri stimolatori elettrici) si no

Quali farmaci sta assumendo?

.....

Assume antiaggreganti si no quali?..... sospesi si no dal

Assume anticoagulanti si no quali?..... sospesi si no dal

Esegue controllo INR? si no valore ultimo INR : eseguito il

Ha mai avuto reazioni allergiche a farmaci? Se si quali?

Ha mai avuto episodi di sanguinamento? Se si in che occasione.....

Data ____ / ____ / _____ FIRMA

Spazio riservato al medico del Servizio: ASA I ASA II ASA III ASA IV

PREPARAZIONE INTESTINALE: A B C ESEGUITA IN MODO: completo incompleto

DIGIUNO si no

FIRMA