

**DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA E MEDICINE SPECIALISTICHE
U.O.C. GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA
DIAGNOSTICA E OPERATIVA
Direttore Prof. ROBERTO FAGGIANI**

Scheda Informativa e Consenso Informato all'ENTEROSCOPIA con Video Capsula

L'ENTEROSCOPIA con Video Capsula è un esame che permette di studiare il tratto digestivo intermedio (dal duodeno alla valvola ileocecale) mediante l'introduzione di una Video Capsula attraverso la bocca.

Tale esame trova indicazione nei seguenti casi:

- sanguinamenti gastrointestinali oscuri occulti in cui le indagini endoscopiche tradizionali (gastrosopia, colonscopia, enteroscopia) non siano state diagnostiche;
- nelle diagnosi e monitoraggio di poliposi intestinale;
- nei casi di sospette malattie infiammatorie croniche intestinali;
- nei casi di malassorbimento;
- nei casi di sospette malattie neoplastiche.

Sono stato/a quindi informato/a che è necessario procedere mediante l'Enteroscopia con Video Capsula. L'esame prevede l'ingestione di una capsula contenente un sistema di acquisizione e trasmissione di immagini che può esplorare parzialmente esofago e stomaco ed internamento l'intestino tenue. Le immagini attraverso i rilevatori applicati sull'addome, vengono trasferite in un registratore allo scopo di ottenere un filmato che potrà fornire indicazioni circa l'origine e la sede del sanguinamento, confermare la sede di malattie neoplastiche; l'estensione di poliposi intestinale; la sede e l'attività delle malattie infiammatorie croniche intestinali: il coinvolgimento tenue nei casi di malassorbimento.

Sono stato inoltre, informato che a tale procedura o trattamento possono essere connessi rischi e complicanze, tra le quali la più frequente e la più rilevante risulta essere l'occlusione intestinale nei casi in cui siano presenti stenosi. In tali casi può essere necessario il ricorso all'intervento chirurgico d'urgenza.

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
dichiaro/a di essere stato/a informato/a in modo dettagliato, chiaro ed esauriente dal Dott./Dott.ssa
_____ riguardo l'Enteroscopia con Video Capsula.

Nel corso dell'esposizione di quanto sopra ho avuto modo di porre tutte le domande che ho ritenuto opportune ed ho ottenute a tal proposito risposte esaurienti.

Ho inoltre, avuto la possibilità di ottenere prima di ora il presente modello di consenso informato al fine di esaminarlo per un tempo adeguato e di averlo compreso, di aver potuto discutere del contenuto dello stesso con persone di mia fiducia.

Sulla base di quanto sopra comunicatomi ed in piena libertà di giudizio autorizzo l'esecuzione dell'Enteroscopia con Video Capsula endoscopica.

Prendo inoltre atto che, ove nell'attuazione di tale esame le mie condizioni di salute di aggravassero mettendo in pericolo la mia vita, i sanitari metteranno in atto tutti i provvedimenti necessari per fronteggiare e risolvere tale situazione.

In fede,

DATA E FIRMA DEL PAZIENTE O DEL LEGALE RAPPRESENTANTE
(Il paziente deve scrivere di proprio pugno accanto alla firma "letto e approvato")

FIRMA DELL'EVENTUALE TESTIMONE

DATA E FIRMA DEL MEDICO CHE HA INFORMATO IL PAZIENTE