LA RETTOSIGMOIDOSCOPIA

(foglio informativo – preparazione – questionario anamnestico – consenso informato)

INFORMATIVA (RETTOSIGMOIDOSCOPIA)

CHE COS'È LA RETTOSIGMOIDOSCOPIA

La rettosigmoidoscopia è una procedura che consente al medico endoscopista di esaminare direttamente la parte terminale del grosso intestino (retto e sigma) e di ottenere, in modo semplice ed indolore, campioni di tessuto (biopsie) o di asportare eventuali polipi. La rettosigmoidoscopia in genere è un'indagine un po' fastidiosa ma comunemente ben tollerata dalla maggior parte dei pazienti. Può tuttavia risultare dolorosa per una particolare conformazione anatomica dell'intestino o per esiti di precedenti interventi chirurgici.

COSA FARE PRIMA DELL'ESAME

Dovranno scrupolosamente essere seguite le istruzioni fornite per la preparazione: una perfetta pulizia dell'intestino è fondamentale per un'osservazione ottimale del viscere. Nel caso la pulizia fosse insufficiente l'esame potrebbe essere sospeso e ripetuto dopo una più adeguata preparazione. È necessario evitare di assumere farmaci contenenti ferro o carbone nei 4-5 giorni precedenti l'esame. Nel caso di terapia con anticoagulanti o con antiaggreganti vedi le istruzioni riportate sul questionario anamnestico allegato al presente.

COME SI SVOLGE L'ESAME

Prima dell'esame il medico endoscopista chiederà di presentare documentazione di eventuali esami già eseguiti. Sarà quindi necessario indossare un apposito pantalone e sdraiarsi sul lettino sul fianco sinistro. Il medico inizierà l'esame introducendo la sonda attraverso l'ano, per poi risalire nel retto e nel sigma. Durante l'esame sarà immessa dell'aria nell'intestino allo scopo di distenderne le pareti e pertanto potrà avvertire una sensazione di gonfiore e/o di dolore addominale. È importante avvisare il personale di assistenza in caso di eventuali disturbi. La durata dell'esame è abbastanza variabile. Tutte le informazioni sui percorsi burocratici (ritiro referti, pagamento, ecc.), verranno fornite dal personale di Segreteria prima della Sua dimissione dal Servizio.

QUALI SONO LE COMPLICANZE

La rettosigmoidoscopia è una procedura sicura, ma, essendo un esame invasivo che utilizza strumenti introdotti all'interno del corpo, può comportare alcune complicanze come la perforazione,
l'emorragia o problemi cardio-respiratori il cui esito, talvolta anche molto grave, dipende in genere dalla presenza di patologie concomitanti. Si tratta comunque, di eventi molto rari (la loro incidenza è inferiore ad 1 caso su 10000), che il medico endoscopista ed il personale di assistenza sono preparati ad affrontare e contrastare.

CHE COS'È LA POLIPECTOMIA

I polipi sono protuberanze della mucosa che possono dare complicanze quali il sanguinamento e l'occlusione intestinale. In alcuni casi, i polipi, possono anche trasformarsi in patologie maligne. Per tale motivo, durante la rettosigmoidoscopia, il medico endoscopista, può decidere, ove possibile, di asportarli con una manovra del tutto indolore. La polipectomia può essere eseguita in tutti i pazienti che abbiano una coagulazione normale. È pertanto importante segnalare al medico endoscopista l'eventuale assunzione di farmaci anticoagulanti o antiaggreganti. La polipectomia non è una procedura pericolosa, occorre tuttavia considerare che si
tratta di un piccolo intervento chirurgico e che, come tale, comporta dei rischi ma le complicanze riportate riguardano circa l'1% dei casi. Tra le complicanze la più frequente è l'emorragia, che in genere si arresta spontaneamente o mediante trattamento endoscopico, la più rara è la perforazione intestinale. In quest'ultimo caso può rendersi necessario il ricovero in altra struttura e talora anche l'intervento chirurgico.

COSA FARE DOPO L'ESAME

Alla conclusione dell'esame potrà essere necessario un breve periodo di osservazione. Il referto dell'esame verrà consegnato al momento della dimissione, mentre l'esito di eventuali biopsie o polipectomie richiederà alcuni giorni di attesa. Per qualche ora potrà avvertire una sensazione di gonfiore addominale che comunque sparirà spontaneamente. Dopo l'esame potrà riprendere un'alimentazione regolarmente, in ogni caso il medico endoscopista fornirà le informazioni necessarie. Se nelle ore successive all'esame si dovesse avvertire dolore addominale o notare l'emissione di feci nere o sangue, è necessario tempestivamente mettersi in contatto con il Medico curante o con il Pronto Soccorso portando con sé il referto endoscopico.

PULIZIA DELLO STRUMENTARIO

Prima di ogni esame tutti gli endoscopi vengono sottoposti ad un accurato procedimento di pulizia/disinfezione: ogni strumento, infatti, viene lavato manualmente in tutte le sue parti e quindi posizionato in apposite macchine lava-endoscopi che provvedono al processo di alta disinfezione. Tale procedura impedisce che qualsiasi infezione possa essere trasmessa da un paziente all'altro. A Sua ulteriore garanzia, sul referto consegnatoLe potrà trovare i codici del materiale e dello strumento utilizzato e le date inerenti dell'avvenuta disinfezione.

PREPARAZIONE (RETTOSIGMOIDOSCOPIA)

Per la buona riuscita dell'esame è indispensabile una corretta preparazione del tratto terminale dell'intestino ed il digiuno da almeno 8 ore.

Seguire pertanto scrupolosamente le norme di seguito riportate.

Occorrente:

- 2 clisterini pronti (da 120 ml.) acquistabili in farmacia.

Se il suo appuntamento è fissato per il mattino la preparazione va eseguita nel seguente modo:

- al mattino presto (verso le ore 7.30) va fatto un primo clisterino, il secondo clisterino va fatto circa un'ora dopo.

Se il suo esame è fissato per il pomeriggio (dopo le ore 14.00) la preparazione va eseguita nel seguente modo:

- nella tarda mattinata (verso le ore 12.00) va fatto un primo clisterino, il secondo clisterino va fatto circa un'ora dopo.

COSA È NECESSARIO FARE PER ESEGUIRE L'ESAME IN SICUREZZA?

• avvertire il medico endoscopista di eventuali allergie e/o eventuali patologie cardiorespiratorie o di altra natura;
• avvertire della presunta o accertata gravidanza;
• non sospendere l'assunzione di altri farmaci abituali che non siano citati nel questionario allegato al presente documento e con le modalità descritte.

RACCOMANDAZIONI

In caso di sedazione, nelle 12 ore successive è controindicato guidare ogni tipo di veicolo ed eseguire attività che comportino prontezza di riflessi. È necessario quindi giungere al servizio accompagnati.
I donatori di sangue, successivamente all'esecuzione dell'esame, saranno temporaneamente sospesi dalle donazioni per sei mesi.

COSA È NECESSARIO PORTARE?

1. Tessera sanitaria.
2. Richiesta del medico inviante
3. Consenso informato firmato (allegato al presente documento).
4. Questionario anamnestico compilato (allegato al presente documento).
5. Esito di esami di laboratorio eventualmente eseguiti di recente.
6. Eventuali lettere di dimissioni recenti, referti di visite specialistiche e di esami strumentali eseguiti (colonscopie, radiografie).
7. Elenco dei farmaci assunti abitualmente.

QUESTIONARIO ANAMNESTICO (RETTOSIGMOIDOSCOPIA)

Il/la sottoscritto/a_____nato/a il _____

Dichiara quanto segue:

- Di assumere i seguenti farmaci (con particolare attenzione agli anticoagulanti (es. ASA, Clopidogrel, Coumadin, Sintrom, Eparina) _____
_____
_____

IMPORTANTE:
Se prende farmaci che rendono "più fluido" il sangue riducendo la coagulazione o la aggregazione delle piastrine (antiaggreganti \ anticoagulanti) deve consultare il suo medico o lo specialista che lo segue o, se non contattabili, un medico del nostro centro.
Sono molti i nomi di questi farmaci. Riportiamo i più usati:
Anticoagulanti "classici": WARFARIM, COUMADIN, SINTROM, ecc..
Antiaggreganti: ASPIRINETTA (ASA), CARDIOASPIRIN, ASCRIPTIN, TICLOPIDINA (TIKLID), PERSANTIM, CLOPIDROGREL, PLAVIX, PLASUGREL, TICAGRELOR, ecc..
Nuovi anticoagulanti orali: DABIGRAN, RIVAROXABAM, PRADAXA, APIXABAN, ELIQUIS, XARELTO, ecc..
Dovrà comunque contattarci il più presto possibile così potremo inviarle il documento **PROFILASSI ANTRITROMBOEMBOLICA** (se non già ricevuto) al quale dovrà attenersi.
Siamo comunque disponibili per qualsiasi chiarimento al numero 045/7900193.

- Di avere da allergie □ SI □ NO Quali: _____
- Peso Kg:_____
- Di essere affetto da diabete □ SI □ NO
- Di avere familiarità per neoplasie colon - retto □ SI □ NO Grado di parentela: _____
- Di aver subito interventi chirurgici addominali □ SI □ NO Quali: _____
- Di essere portatore di protesi valvolari biologiche/meccaniche □ SI □ NO
- Di essere portatore di Pacemaker cardiaco □ SI □ NO
- Di essere affetta da malattie cardiorespiratorie
  O altre malattie gravi □ SI □ NO Quali: _____

IMPORTANTE: Se si è portatori di Pacemaker cardiaco prendere contatto con l'Istituto Iperbarico al numero 045/7900193 e comunicare il modello di Pacemaker cardiaco **QUALCHE GIORNO PRIMA** di presentarsi per l'effettuazione dell'esame.

- Di essere portatore di Defibrillatore impiantato □ SI □ NO

Data _____Firma Paziente _____

Per presa visione, il Medico Endoscopista/Anestesista: Data _____Firma _____

DICHIARAZIONE DI CONSENSO (RETTOSIGMOIDOSCOPIA)

Io sottoscritto/a _____nato/a il _____

dichiaro di aver esaminato e bene compreso la descrizione riportata in questo stesso modulo informativo, relativa agli scopi, alle modalità di esecuzione, ai rischi ed alle possibili conseguenze di questa indagine.
Sono a conoscenza del fatto che, dinnanzi ad impreviste difficoltà o complicanze o l'utilità di eseguire manovre terapeutiche (polipectomia, emostasi od altro) il medico potrebbe giudicare necessario modificare la procedura concordata; se in tali circostanze non fosse possibile interpellarmi, autorizzo sin d'ora l'eventuale modifica della procedura stessa, al solo fine di fronteggiare eventuali complicanze.
Sono inoltre stato/a informato/a che in corso di esame potrebbe risultare utile, ai fini diagnostico/terapeutici, acquisire una documentazione fotografica la cui archiviazione e custodia avverrà in stretta osservanza della normativa vigente in tema di tutela della riservatezza dei dati personali e sensibili (GDPR 2016/679 e successivi aggiornamenti).

Dichiaro che il Il Dott. _____è stato disponibile ed esaustivo per ogni chiarimento □ SI □ NO

Dichiaro di aver letto il foglio informativo □ SI □ NO

Sono giunto in Istituto Accompagnato da persona che poi guiderà la macchina □ SI □ NO

ACCONSENTO:

All'esecuzione dell'indagine □ SI □ NO

All'esecuzione di eventuali procedure diagnostiche e/o terapeutiche integrative □ SI □ NO
(biopsie, polipectomie, test per helicobacter pylori, test lattasi)

All'esecuzione di sedazione □ SI □ NO

All'eventuale acquisizione di immagini fotografiche □ SI □ NO

Data _____ Firma del paziente _____

Firma del Medico esaminatore _____

In caso di minore/incapace è necessaria la firma di un genitore o rappresentante legale:

Il/la sottoscritto/a _____

genitore o rappresentante legale di _____

nato/a il _____ dichiara di essere stato/a informato/a riguardo la procedura di colonscopia e pertanto acconsente all'esecuzione dell'esame.

Data _____ Firma del genitore o del rappresentante legale _____