



## **CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELLA DEFECOGRAFIA**

### **SINTESI INFORMATIVA**

#### **CHE COS'E'**

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.

Poiché si tratta di un esame che espone a radiazioni ionizzanti se ne deve evitare l'utilizzo in assenza di un'indicazione clinica specifica, inoltre le donne in età fertile devono escludere gravidanze in corso.

#### **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 ampollare e del canale anale, i rapporti con il sacro-coccige ed il pube, obiettivando le modificazioni che si verificano con valutazione statica e dinamica.

#### **COME SI EFFETTUA**

La defecografia consiste nello studio radiologico dinamico dell'evacuazione di mezzo di contrasto baritato semisolido introdotto nel retto in quantità standard (200 ml).

Il paziente, in adeguata postura sull'apparecchiatura radiologica, viene invitato ad evacuare il bario precedentemente introdotto per via rettale. Mediante videoregistrazione dell'immagine radioscopica 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.

#### **COSA PUÒ SUCCEDERE – EVENTUALI 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, trattabile con terapia conservativa o, in casi estremi, chirurgica; condizioni morbose croniche dell'intestino 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.

L'equipe è in grado di fornirle la migliore assistenza possibile nei casi di eventuali complicanze.

#### **PREPARAZIONE NECESSARIA – RACCOMANDAZIONI**

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

**Preso atto delle informazioni fornite nel modulo di consenso il paziente può richiedere ulteriori spiegazioni al medico radiologo.**



**ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO/DISENNO  
INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELL'INDAGINE DI DEFECOGRAFIA**

**Dichiarante**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

(1) in qualità di esercente la potestà sul minore \_\_\_\_\_

(2) in qualità di tutore del degente \_\_\_\_\_

**Informato/a** dal Prof./Dott. \_\_\_\_\_

- sul tipo di indagine diagnostica da eseguire e precisamente DEFECOGRAFIA (per la quale è garantita la riservatezza dei dati personali utilizzabili per eventuali studi o pubblicazioni scientifiche).

**Reso/a consapevole:**

- sul parere del sanitario che il trattamento proposto è quello che offre il miglior rapporto rischio/beneficio sulla base delle conoscenze attuali;
- della possibilità che l'indagine, una volta avviata, possa essere interrotta a mia richiesta, senza pregiudicare l'attività assistenziale, ma senza ottenere l'informazione ricercata;
- dei rischi relativi e di eventuali danni per la salute (temporanei e permanenti) e per la vita.

**Preso visione delle informazioni relative all'indagine/procedura in oggetto**

Valutate le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati forniti, avendo compreso quanto sopra sinteticamente riportato e altresì quanto riferitomi verbalmente:

**accetto l'indagine proposta**

**rifiuto l'indagine proposta**

Data, \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

Firma dell'interessato  
(o esercente patria potestà/tutore)

Timbro e  
firma del medico

Eventuali testimoni (nome cognome e firma) \_\_\_\_\_

Eventuale interprete (nome cognome e firma) \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE di STATO DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA**

- SI**
- NO**

Firma della Paziente \_\_\_\_\_

Firma del Medico Radiologo \_\_\_\_\_

Firma TSRM \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**POSSO CAMBIARE LA MIA DECISIONE RIGUARDO ALL'EFFETTUAZIONE DELL'ESAME?**

Lei non è assolutamente obbligata/o ad effettuare l'esame; alternativamente il medico utilizzerà altre procedure che sono attualmente disponibili per l'effettuazione delle quali verrà comunque richiesto il suo consenso.

La ringraziamo per l'attenzione avuta nel leggere queste note e la preghiamo di datare e firmare il presente modulo per presa visione.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_