

## **RX ESOFAGO RX PRIME VIE TUBO DIGERENTE RX TUBO DIGERENTE COMPLETO**

*La procedura diagnostica prescritta di rx esofago, rx prime vie tubo digerente oppure rx tubo digerente completo trova indicazione in considerazione della sintomatologia riscontrata e del quesito diagnostico formulato dal suo medico curante.*

*La procedura di seguito descritta comporta l'impiego di raggi X, che è sconsigliato nel caso di donne in gravidanza. Questo comporta che, con la firma del presente modulo, **Lei dichiara di non essere in gravidanza.***

**La procedura diagnostica consiste** nella somministrazione per via orale di sospensione di solfato di bario purissimo. Si precisa che tale mezzo di contrasto non viene assorbito nel passaggio intestinale e verrà pertanto in seguito eliminato con le feci senza alcuna complicazione possibile.

A discrezione del radiologo il contrasto baritato potrà essere sostituito da mezzo di contrasto idrosolubile.

Il medico potrà inoltre prevedere la somministrazione contemporanea di polveri effervescenti (tipo "magnesia") per meglio distendere l'esofago, stomaco e intestino tenue.

Verranno poi scattati dei radiogrammi in diverse proiezioni.

Le **difficoltà tecniche** sono rappresentate dalla eventuale difficoltà fisica dell'Utente alla assunzione del contrasto per bocca o alla modifica delle posizioni e dei decubiti sul tavolo radiologico.

I **rischi** connessi alla procedura proposta consistono nella possibile aspirazione del contrasto nel caso di scarsa capacità della deglutizione.

E' normale che nei giorni successivi all'esami le feci siano bianche; talvolta all'esame segue stitichezza che può essere trattata con lassativi o aumentando l'assunzione di liquidi.

**Non** sussistono **controindicazioni assolute** alla procedura proposta.

**Controindicazione relativa** è il sospetto di perforazione intestinale o di occlusione serrata, nel qual caso comunque è possibile sostituire il mezzo di contrasto come sopra già citato.

**Gli eventuali rischi connessi alla non esecuzione** della procedura proposta consistono nella impossibilità di dirimere il dubbio diagnostico formulato dal medico curante. Metodiche alternative possono essere proposte, quali la gastroscopia.

La **preparazione** alla procedura consiste nel solo digiuno dalla sera precedente.

**Non** sussistono significative **complicanze** correlate alla procedura proposta.

**Non** sussistono significative **conseguenze** correlate alla procedura proposta.

*Per almeno 4 giorni dopo l'indagine non si possono eseguire altri esami radiografici o TC dell'addome, dell'apparato urinario, del rachide lombare e del bacino per la sovrapposizione del contenuto radiopaco intestinale.*

## ACQUISIZIONE DEL CONSENSO

Accetto di eseguire l'indagine in base a quello che mi è stato illustrato, relativamente ai rischi, agli effetti e alle conseguenze che ne possono derivare come spiegato nella nota informativa.

Persistendo dei dubbi ho potuto porre al Radiologo le domande che ritenevo opportune e ho da questi ricevuto risposte chiare e comprensibili.

Sono consapevole che posso decidere, in piena autonomia, di non sottopormi all'indagine in oggetto e, d'accordo con il medico curante, accedere ad altro tipo di indagine, accettando le conseguenze di tale decisione.

Sono a conoscenza della possibilità di revocare il seguente consenso in qualsiasi momento prima dell'atto sanitario.

Dichiaro di  **ESSERE IN STATO DI GRAVIDANZA**  **NON ESSERE IN STATO DI GRAVIDANZA**  
 **non pertinente**

**Io paziente,** (Cognome e Nome) \_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

*Oppure*

Io sottoscritto, (Cognome e Nome) \_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

in qualità di:  Esercente la potestà genitoriale  Tutore  Amministratore di sostegno  Legale rappresentante

Recepito le informazioni ricevute  **ACCONSENTO**  **NON ACCONSENTO**  
all'effettuazione dell'atto sanitario su indicato

Tricesimo,

Il medico responsabile della prestazione: firma .....

Firma .....

Dott. Degano Gian Paolo

Dott. Rositani Pasquale

Dott.ssa Cimino Elisa

Dott.ssa Ulcigrai Veronica

Dott.ssa Budai Caterina

---

### REVOCA DEL CONSENSO

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**REVOCA Il consenso all'effettuazione dell'atto sanitario su indicato**

Data \_\_\_\_\_

Firma del paziente / genitore / tutore / amministratore di sostegno / legale rappresentante \_\_\_\_\_

Timbro e firma del radiologo responsabile \_\_\_\_\_