



**STUDIO RADIOLOGICO**

**“Città di Parabiago”**

C.so Sempione, 80/a - 20015 Parabiago (MI) - Tel. 0331.552401

Sistema Sanitario



Regione  
Lombardia

## **CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DI COLONSCOPIA VIRTUALE**

La colonscopia virtuale è una indagine radiologica che consente di studiare il colon simulando la colonscopia tradizionale, grazie all'uso del computer che elabora immagini di tomografia computerizzata (TC), ottenute con raggi X (radiazioni ionizzanti).

Questo esame espone a radiazioni, per cui va effettuato solo in presenza di una motivazione clinica specifica.

Le donne che intendono sottoporsi a questo esame devono escludere gravidanze in corso.

Nel giorno precedente l'esame il paziente deve eseguire una pulizia intestinale, secondo le indicazioni fornite su apposita scheda.

Nel giorno dell'esame la persona deve essere a digiuno. Essa è posizionata sul lettino della TAC. Tramite una sonda inserita nel retto, si introduce aria ambientale per distendere le anse intestinali. Può essere utile un'iniezione endovenosa di un farmaco spasmolitico (Buscopan), per rilassare le anse del colon ed assicurare maggior comfort al paziente.

Vengono quindi eseguite due scansioni, una supina ed una prona.

L'indagine è generalmente ben tollerata. Raramente sono descritti casi di perforazione intestinale.

L'esame effettuato potrà portare ad una diagnosi, ad un sospetto diagnostico, alla richiesta di ulteriori approfondimenti e/o controlli.

### **ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO E CONSAPEVOLE ALL'ESECUZIONE DI COLONSCOPIA VIRTUALE**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

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

\* padre/madre del minore.....

\* in qualità di tutore di.....

#### **informato/a e consapevole:**

- che l'esame richiesto dal mio medico di fiducia è quello più appropriato;
- di aver ricevuto, compreso e recepito le informazioni ed i chiarimenti che mi sono stati dati;

**accetto di essere sottoposto all'esame proposto**



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

**IN QUANTO DONNA IN ETA' FERTILE  
DICHIARO DI NON ESSERE IN STATO DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA**

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

Firma del medico radiologo \_\_\_\_\_