



**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 RX ESOFAGO-STOMACO-DUODENO IN DOPPIO CONTRASTO**

L'Rx di esofago-stomaco-duodeno in doppio contrasto utilizza 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 dell'esecuzione dell'esame la persona deve essere a digiuno ed è posizionata sull'apparecchio radiologico secondo posizioni previste per lo studio richiesto.

Con un cucchiaino ed un bicchiere il paziente dovrà assumere per bocca una polvere effervescente, un poco di acqua ed il mezzo di contrasto a base di bario.

Può essere fatta un'iniezione endovenosa di un farmaco spasmolitico (Buscopan), per distendere stomaco e duodeno per assicurare maggior comfort al paziente.

Vengono quindi eseguiti plurimi radiogrammi. L'indagine, non dolorosa né fastidiosa, è generalmente ben tollerata.

La persona è posizionata sull'apparecchio radiologico secondo posizioni previste per lo studio richiesto.

Gli esami effettuati potranno portare ad una diagnosi, ad un sospetto diagnostico, alla richiesta di ulteriori approfondimenti e/o controlli.

### **ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO E CONSAPEVOLE PER RX ESOFAGO-STOMACO-DUODENO IN DOPPIO CONTRASTO**

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/a 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 \_\_\_\_\_