

<p>Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Rhodense PRC N. 13 – 11/2022 Modello 1</p>	<p style="text-align: center;">NOTA INFORMATIVA n. 119</p> <p style="text-align: center;">ENTERO TC</p> <p style="text-align: center;"><i>SC Radiologia -Diagnostica per Immagini</i></p>	<p style="text-align: center;">Etichetta paziente o cognome/nome/ data nascita</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
---	---	---

ENTERO TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC)

1. Descrizione

L'enteroTC è un esame radiologico che si esegue utilizzando un'apparecchiatura di Tomografia Computerizzata (TC) per studiare la forma, il decorso, il calibro, le pareti e la pervietà delle diverse parti del piccolo intestino. Le informazioni che si potranno ottenere da questo esame saranno di aiuto per giungere alla formulazione di una diagnosi del suo problema sanitario.

2. Finalità della procedura

L'entero-TC è utile per la valutazione di patologie dell'intestino tenue quali malattie infiammatorie croniche o neoplastiche e per lo studio di sanguinamenti gastro-intestinali., mediastino ecc.).

3. Modalità di esecuzione

Il paziente viene posizionato su un lettino che si muove all'interno di un'apparecchiatura circolare (gantry) al cui interno si trovano la fonte di raggi X ed i dispositivi di rilevazione. I dati di rilevazione ottenuti vengono rielaborati da un computer che li trasforma in immagini.

L'esame prevede la somministrazione di mezzo di contrasto iodato (mdc) per via endovenosa, pertanto è necessario leggere l'informativa/questionario e firmare il relativo consenso (**NI n. 105** mezzo di contrasto iodato).

4. Prescrizioni/Preparazione necessaria/Raccomandazioni

Per la corretta valutazione dell'intestino tenue è necessaria una buona distensione delle anse, che si ottiene con la somministrazione per bocca di una soluzione a base di Poli-Etilen-Glicole (PEG) o Macrogol disciolto in acqua*. In alcuni casi, per favorire la distensione delle anse può essere somministrato per via andovenosa un farmaco spasmolitico (es. Buscopan®).

(Nota Controindicazioni PEG Macrogol: Ipersensibilità verso uno dei componenti del prodotto. Forme occlusive o stenotiche dell'intestino, stasi gastrica, ileo paralitico, perforazione gastrointestinale, colite acuta, megacolon tossico. Soggetti sotto 20 kg di peso. Va somministrato con particolare cautela in pazienti gravemente cardiopatici o gravemente nefropatici; in pazienti con riflesso della deglutizione e stato mentale compromesso, per il rischio di aspirazione da rigurgito. Non utilizzare il prodotto nel dubbio di lesioni ostruenti il lume intestinale o se sono presenti forti dolori addominali, nausea e/o vomito).*

Il giorno dell'esame è necessario:

- preservare il digiuno da almeno 6 ore.
- presentarsi in radiologia almeno 1 ora prima dell'esame, per la preparazione con PEG.
- portare 2 bustine di Polietilene – Macrogol (ColonPeg, Selg Esse, Isocolan)
- portare con sé tutta la documentazione clinica e gli esami diagnostici precedenti e inerenti il distretto anatomico da indagare (RM, TC, radiografie, ecografie), visita del gastroenterologo.

In radiologia verrà completata la preparazione:

Le verrà chiesto di bere in 10 minuti una soluzione di 2 litri d'acqua nella quale sono state sciolte le 2 bustine

(Rif. Consensi informati SIRM 2015)

Nota Informativa approvata da: Direttore Dipartimento Area dei Servizi

<p>Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Rhodense PRC N. 13 – 11/2022 Modello 1</p>	<p style="text-align: center;">NOTA INFORMATIVA n. 119</p> <p style="text-align: center;">ENTERO TC</p> <p style="text-align: center;"><i>SC Radiologia -Diagnostica per Immagini</i></p>	<p>Etichetta paziente o cognome/nome/ data nascita</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
--	---	---

di Polietilene– Macroglol; l’esame verrà eseguito 1 ora dopo, durante la quale dovrà camminare.

Nell’attesa è importante evitare l’evacuazione.

La preparazione intestinale è indispensabile per la buona riuscita dell’esame. Qualora avesse dei dubbi si consulti con il suo Medico Curante o con il reparto di radiologia

Se Lei assume farmaci per via orale (ad esempio per il diabete o per l’ipertensione) è opportuno che continui ad assumerli anche il giorno dell’esame.

Al termine dell’esame lei potrà riprendere le normali attività ed alimentarsi regolarmente, salvo diversa indicazione da parte del Medico che esegue la procedura.

In considerazione dei possibili effetti nocivi che le radiazioni ionizzanti possono avere su embrione e feto, **la procedura è sconsigliata in caso di gravidanza** (in caso di necessità si procederà alla valutazione di ogni singolo caso). Per questo motivo, in caso Lei sia una donna in età fertile, Le verrà richiesto di attestare di non essere in stato di gravidanza, accertata o presunta o di non poter escludere lo stato di gravidanza prima dell’esecuzione della procedura.

5. Rischi e complicanze/ Esiti temporanei o permanenti

È normale che la somministrazione della soluzione a base di PEG possa dare un senso di ripienezza e necessità di evacuare.

Il medico si informerà se esistono controindicazioni alla somministrazione di Buscopan®.

L’esposizione a raggi X comporta un aumento del rischio di sviluppare tumori. Il rischio è generalmente minimo, giustificato dal favorevole rapporto rischio/beneficio. In caso di procedure ripetute deve essere considerato l’effetto cumulativo dell’esposizioni ai raggi X.

Ulteriori informazioni sono riportate nei cartelli informativi affissi nelle sale di attesa o su richiesta.

Rispetto alle informazioni di cui sopra, sono presenti condizioni che possono modificare il decorso e l’esito della procedura:

NO

SI

6. Alternative

Enteroscopia. Videocapsula.

7. Conseguenze in caso di rifiuto

Mancata diagnosi

Data _____

Firma del Paziente (o del rappresentante legale) per presa visione

CONTATTI UTILI:

- SC Radiologia P.O. Rho: tel. 02/99430.3979; mail: segradr@asst-rhodense.it
- SC Radiologia P.O. Garbagnate: tel. 02/99430.2219; mail: SegreteriaRadg@asst-rhodense.it

(Rif. Consensi informati SIRM 2015)

Nota Informativa approvata da: Direttore Dipartimento Area dei Servizi

U.O. _____ Presidio _____

Data...../...../.....

Paziente _____
COGNOME NOME

Data di nascita: __/__/____

<input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno (allegare copia dell'atto di nomina)	_____	_____	Data di nascita: __/__/____
	COGNOME	NOME	
<input type="checkbox"/> Tutore legale (allegare copia dell'atto di nomina)	_____	_____	Data di nascita: __/__/____
	COGNOME	NOME	
<input type="checkbox"/> Genitori	_____	_____	Data di nascita: __/__/____
	COGNOME	NOME	
	_____	_____	Data di nascita: __/__/____
	COGNOME	NOME	

informato/i attraverso colloqui diretti con il Dr. _____,

relativamente a _____
(DEFINIRE L'INTERVENTO E LATERALITÀ, SE APPLICABILE)

conseguente a _____ e in particolare dichiara/no:
(DEFINIRE LA PATOLOGIA O IL SOSPETTO DIAGNOSTICO)

- di avere letto e compreso le informazioni contenute nella **NOTA INFORMATIVA** allegata che è stata consegnata e spiegata chiaramente;
 - di essere a conoscenza della possibilità di revocare il consenso in qualsiasi momento;
 - di essere stati messi al corrente:
1. delle modalità di effettuazione del trattamento, delle diverse modalità/tecniche possibili e relativi vantaggi e rischi;
 2. dei risultati conseguibili in termini di probabilità di successo, di benefici e limitazioni per la vita futura;
 3. di condizioni morbose concomitanti che possono costituire fattore di rischio;
 4. delle conseguenze temporanee e permanenti prevedibili;
 5. di eventuali ricadute nell'ambito della vita familiare e sociale e sulle attività occupazionali;
 6. di possibili problemi di recupero dopo l'intervento;
 7. di eventuali rischi e complicanze e della probabilità che avvengano e di come possano essere risolti;
 8. dell'eventuale possibilità di scelta fra cure diverse o diverse tecniche operatorie e i relativi vantaggi e rischi;
 9. delle eventuali patologie che con maggior probabilità potranno essere scoperte nel corso dell'intervento al fine di acquisire il Consenso Informato per il trattamento di esse;
 10. delle possibili conseguenze derivanti dal rifiuto dell'atto sanitario.

Dichiara/no pertanto di **ACCETTARE, E DI NON AVERE ULTERIORI DOMANDE DA PORRE,** **NON ACCETTARE**

di sottoporsi/sottoporre il proprio figlio/a beneficiato/a rappresentato/a sopraindicato all'intervento proposto.

Si impegna/no infine a eseguire i controlli necessari che verranno proposti e attenersi alle indicazioni che verranno fornite.

FIRMA LEGGIBILE E TIMBRO DEL MEDICO

FIRMA DEL PAZIENTE
GENITORI/TUTORE /RAPPRESENTANTE LEGALE

FIRMA DELL'INTERPRETE SCELTO
(LEGGIBILE)

Eventuale **revoca** : data __/__/____

Firma del paziente _____

Firma Medico _____