



ISTITUTO DI CURA
CITTÀ DI PAVIA

Responsabile: Dott. Pavlos Lagoussis
Servizio di Endoscopia Digestiva
Tel 0382-433713

NOTA INFORMATIVA PER COLONSCOPIA

Gentile Signora, egregio Signore, in questa pagina Le forniamo alcune informazioni sull'esame che si accinge ad eseguire. La preghiamo di leggerle e di discuterne con il personale medico.

LA COLONSCOPIA

COS'E' LA COLONSCOPIA? Consiste nell'introduzione di una sonda flessibile (colonscopio) attraverso l'ano per la visione diretta del grosso intestino (colon). La buona riuscita dell'esame colonscopico dipende dalla corretta pulizia delle pareti intestinali, che si ottiene con un'adeguata preparazione dietetica e lassativa prescritta dal Centro di Endoscopia.

PERCHE' VIENE FATTA? E' l'esame di prima scelta per la diagnosi delle malattie del colon e per indirizzare la terapia più adeguata delle stesse. La mancata esecuzione dell'esame potrebbe far tralasciare o ritardare la diagnosi di malattie importanti.

COME SI SVOLGE? L'utente viene posto sul fianco sinistro, con le ginocchia raccolte sull'addome. Attraverso l'ano, si risale quindi con l'endoscopio lungo il colon per tutta la sua lunghezza, se è possibile e quando ce ne sia l'indicazione clinica. L'insufflazione dell'aria, necessaria per una corretta visione delle pareti intestinali, può causare una sensazione di imminente necessità di evacuazione e dolori addominali. L'esame richiede un'attiva collaborazione dell'utente e solo in rari casi non è tollerato. Durante la colonscopia possono essere effettuate delle biopsie, che sono dei prelievi di mucosa destinati ad essere esaminati al microscopio. In taluni casi possono anche rendersi necessarie o opportune manovre terapeutiche (ad esempio rimozione di polipi, cauterizzazione di lesioni sanguinanti o altro) non prevedibili prima dell'esame. La durata della colonscopia è in relazione alla porzione di intestino esplorato; lo studio di tutto il colon richiede ovviamente più tempo. Nel nostro reparto, le probabilità di riuscire ad eseguire la valutazione di tutto il colon sono superiori al 90% dei casi.

QUALI SONO LE COMPLICANZE? Anni di esperienza dimostrano che la colonscopia è un esame sicuro, anche se può essere gravato, da rare complicanze (2 casi su mille), quali la perforazione, l'emorragia o problemi cardio-respiratori che, in alcune ancor più rare circostanze (1 caso su 10.000), potrebbero rendere necessari interventi terapeutici, incluse trasfusioni di sangue o interventi chirurgici, o risultare pericolose per la vita. L'eventuale esecuzione di atti terapeutici (ad esempio asportazione di polipi, manovre di cauterizzazione di lesioni sanguinanti) possono aumentare la probabilità delle suddette complicanze che comunque non superano nel loro insieme 1 caso su 100.

QUAL E' L'ALTERNATIVA DIAGNOSTICA? E' rappresentata dal clisma opaco a doppio contrasto, esame radiologico dotato di minore accuratezza e dalla colonscopia virtuale che tuttavia, in caso di visualizzazione di una possibile lesione, devono essere completati con una colonscopia tradizionale.



ISTITUTO DI CURA CITTÀ PAVIA - Via Parco Vecchio, 27 - 27100 PAVIA - Tel. 0382.433611 - Fax. 0382.576821

Di Istituti Clinici Di Pavia e Vigevano S.p.A. - Via Parco Vecchio, 27 - 27100 Pavia

www.grupposandonato.it - info.iccp@grupposandonato.it - Cod. Fisc. e P. IVA 00182770180 - Reg. Imp. Pavia N. 00182770180 - CAP. SOC. € 7.206.300 I.V.

LA SEDAZIONE COSCIENTE

COS'E' LA SEDAZIONE COSCIENTE? E' una modalit  di sedazione tramite la quale il paziente ottiene la riduzione o la scomparsa dell'ansia legata all'esecuzione dell'esame, pur mantenendo la capacit  di controllare la respirazione e di rispondere agli stimoli tattili e ai comandi verbali.

PERCHE' VIENE FATTA ? Gli obiettivi della sedazione in endoscopia sono quelli di ridurre il disagio per l'utente e rendere meno fastidioso l'esame.

COME SI OTTIENE? Si ottiene somministrando per via endovenosa dei farmaci ansiolitici, pi  comunemente diazepam (Valium®) o midazolam (Ipnovel®) e antidolorifici (meperidina). Un farmaco non sedativo, ma talora utilizzato   il N-butil bromuro di joscina (Buscopan®) dotato di un'azione antispastica.

QUALI SONO LE COMPLICANZE? La sedazione cosciente pu  essere gravata da rare complicanze quali: isolati casi di broncospasmo e reazioni allergiche, alterazioni della pressione arteriosa, della frequenza e del ritmo cardiaco, depressione respiratoria, che in alcune ancor pi  rare circostanze potrebbero rendere necessari particolari interventi terapeutici o risultare pericolose per la vita. Inoltre, si possono avere dolore e flebite nel punto di iniezione. Per la sedazione indotta da questi farmaci il paziente potr  lasciare l'ambulatorio solo se accompagnato e, **nelle 24 ore successive all'esame endoscopico, dovr  astenersi dalle attivit  che necessitano di particolare vigilanza (inclusa la guida di veicoli e biciclette).**

QUAL E' L'ALTERNATIVA? Eseguire l'esame endoscopico senza alcuna sedazione. Ci  per  pu  comportare una maggiore intensit  e un peggior ricordo dei disturbi e/o dolori causati dall'esame endoscopico.

INFORMAZIONI SULLA SUA SALUTE

Ora, ai fini di eseguire l'esame endoscopico e gli eventuali atti ad esso connessi (biopsie, rimozione di polipi, terapia di lesioni sanguinanti o altro) nel modo pi  sicuro possibile,   importante che Lei ci informi sul suo stato di salute ed in particolare ci segnali se sono presenti le seguenti condizioni:

- Grave cardiopatia
- Insufficienza respiratoria
- Insufficienza renale
- Diabete
- Malattie vascolari
- Malattie neurologiche
- Malattie emorragiche
- Terapie anticoagulanti in corso (consultare il proprio medico per eventuale embricazione con eparina a basso peso molecolare)
- Diverticoli
- Interventi chirurgici sull'apparato digerente

Consenso per COLONSCOPIA

Il Sottoscritto/a Sig./Sig.ra _____

Nato/a a _____ il ____/____/____

Residente a _____

DICHIARA

- Di essere pienamente cosciente
- Di aver letto attentamente il presente documento
- Che il medico procedente ha provveduto a fornire le spiegazioni richieste ed utili per la piena comprensione di quanto in esso riportato
- Di essere stato informato che durante l'esecuzione della colonscopia potranno rendersi necessarie o opportune ulteriori manovre diagnostiche o terapeutiche. Mi è stato inoltre spiegato che mi verranno somministrati farmaci per indurre sedazione e diminuire la sensibilità dolorifica
- Di averne, pertanto, compreso il contenuto
- Di autorizzare il medico procedente ad effettuare il trattamento medico/chirurgico sopra descritto
- Di autorizzare fin da ora a procedere ad un ulteriore e diverso intervento qualora si verificano circostanze tali da renderlo opportuno.

Data ____/____/____

Firma medico _____

Firma paziente _____

In caso di impossibilità o di difficoltà di lettura, il documento dovrà essere letto al paziente alla presenza di un testimone e sottoscritto da entrambi. In questo caso la dichiarazione sarà la seguente:

Il Sottoscritto/a Sig./Sig.ra _____ C.F.: _____

Nato/a a _____ il ____/____/____

Residente a _____ tel.: _____

DICHIARA

- Di essere pienamente cosciente
- Di aver letto attentamente il presente documento
- Che il medico procedente ha provveduto a fornire le spiegazioni richieste ed utili per la piena comprensione di quanto in esso riportato
- Di essere stato informato che durante l'esecuzione della colonscopia potranno rendersi necessarie o opportune ulteriori manovre diagnostiche o terapeutiche. Mi è stato inoltre spiegato che mi verranno somministrati farmaci per indurre sedazione e diminuire la sensibilità dolorifica
- Di averne, pertanto, compreso il contenuto
- Di autorizzare il medico procedente ad effettuare il trattamento medico/chirurgico sopra descritto
- Di autorizzare fin da ora a procedere ad un ulteriore e diverso intervento qualora si verificano circostanze tali da renderlo opportuno.

Data ____/____/____

Firma medico _____

Firma paziente _____

Il Sottoscritto/a Sig./Sig.ra _____ C.F.: _____

Nato/a a _____ il ____/____/____

Residente a _____ tel.: _____

DICHIARA

Che il presente documento è stato letto al Sig./Sig.ra _____

In sua presenza

Data ____/____/____

Firma del testimone _____

*Nel caso di impedimento fisico che renda impossibile la sottoscrizione da parte del paziente , il documento dovrà essere letto alla presenza di un testimone il quale, sotto la sua responsabilità, dichiarerà che il paziente ha prestato il consenso al trattamento

Il Sottoscritto/a Sig./Sig.ra _____ C.F.: _____

Nato/a a _____ il ____/____/____

Residente a _____ tel.: _____

DICHIARA

- **Che il presente documento è stato letto al Sig./Sig.ra _____ in Sua presenza**
- **Che il medico precedente ha provveduto a fornire le spiegazioni richieste ed utili per la piena comprensione di quanto in esso riportato**
- **Che il Sig./Sig.ra _____ ha autorizzato il medico precedente ad effettuare il trattamento sopra descritto**
- **Il Sottoscritto/a Sig./Sig.ra _____ autorizzo fin da ora a procedere ad un ulteriore e diverso intervento qualora si verificano circostanze tali da renderlo opportuno**

Data ____/____/____

Firma medico _____

Firma testimone _____

Nel caso in cui il paziente si trovi in stato di momentanea incoscienza e fuori dai casi di ricorrenza dello stato di necessità, il medico dovrà attendere che egli riprenda coscienza per chiedere il consenso al trattamento. **Non è corretto chiedere il consenso ai familiari, poiché si tratta di un atto personale.*

Nel caso di paziente **minore di età o in stato di incapacità legale e salvo la ricorrenza dello stato di necessità, il consenso dovrà essere prestato **dal genitore esercente la patria potestà o dall'Autorità Tutoria.***

Nel caso in cui il paziente non sia interdetto né in abilitativo e tuttavia si trovi in stato di incapacità naturale (non in grado di intendere e di volere- salvo la ricorrenza dello stato di necessità- il consenso all'intervento/esame dovrà essere prestato da un **curatore appositamente nominato da Tribunale competente.*