
 <p>Azienda Ospedaliero-Universitaria San Luigi Gonzaga di Orbassano</p>	<p><b>S.C.D.U. RADIOLOGIA DIAGNOSTICA</b>  <b>Regione Gonzole, 10 – 10043 Orbassano (TO)</b>  <b>Dirigente F.F.: Prof. Andrea VELTRI</b>  <b>Tel. 011-902.6401 - Fax 011-902.6303</b>  <b>E-mail: radiologia@sanluigi.piemonte.it</b></p>	 <p>REGIONE PIEMONTE</p>
---	---	---

## CONSENSO INFORMATO PER L'ESECUZIONE DI DEFECO-RM

(Data ultima revisione: 15/07/2012)

Gentile Signore/a,

Le è stata prescritta una **Defeco-Risonanza Magnetica (Defeco-RM)**.

**DESCRIZIONE:** la DEFECO-RM è un'indagine diagnostica che permette di studiare in maniera statica e dinamica le strutture anatomiche pelviche coinvolte nella defecazione. Tale metodica NON utilizza radiazioni, bensì un campo magnetico ed onde a radiofrequenza.

**INDICAZIONI:** La DEFECO-RM si utilizza nella stipsi cronica, nel prolasso rettale, nell'incontinenza, nel rettocele, nell'anismo e in tutte le condizioni in cui si debba escludere un problema funzionale o anatomico della defecazione.

**PREPARAZIONE ALL'ESAME:** il paziente deve effettuare un piccolo clistere rettale di pulizia la sera prima dell'esame e il mattino stesso dell'esame; è infatti importante ai fini della correttezza diagnostica una buona pulizia del retto. Il paziente deve presentarsi a digiuno. Prima di entrare nella sala del magnete è necessario leggere la nota informativa e firmare il consenso informato alla procedura.

**COME SI SVOLGE L'ESAME:** non viene somministrato alcun mezzo di contrasto per via endovenosa. Attraverso una sonda rettale vengono introdotti circa 180 cc di gel acquoso nel retto. La prima parte dell'esame è statica, pertanto è importante rimanere fermi nella posizione indicata dall'operatore tecnico. La seconda parte dello studio è dinamica: l'operatore chiederà tramite un microfono al paziente dapprima di "contrarre l'ano", in seguito di "spingere come se dovesse andare di corpo". In questa fase è importante trattenere il gel nel retto senza evacuare. La terza parte dello studio consiste nell'eliminare il gel al comando dell'operatore nell'apposita padella precedentemente predisposta. Al termine dell'indagine sarà messo a disposizione del paziente un bagno per pulirsi ed eventualmente eliminare i residui di gel.

**ATTENZIONE:** la DEFECO-RM è un esame altamente specialistico e necessita pertanto di un corretto inquadramento clinico: è quindi importante portare con sé tutta la documentazione in possesso relativa al problema clinico in studio (esami precedenti, visita del Gastroenterologo o del Chirurgo, ...).

### ATTENZIONE

**NON PUÒ** essere sottoposto a questo esame se:

- è portatore di **PACE-MAKER** e di alcuni modelli di **PROTESI VALVOLARE cardiaca**;
- ha subito un **intervento neurochirurgico** con **posizionamento di CLIPS METALLICHE**;
- è portatore di una **POMPA PER INSULINA**;
- è portatore di **ELETTROSTIMOLATORI CEREBRALI O MIDOLLARI**;
- è in stato di **GRAVIDANZA**.

**PUÒ** essere sottoposto a questo esame senza alcun problema se:

- è portatore di una **PROTESI D'ANCA O DI GINOCCHIO**;
- è portatrice di **SPIRALE** (è consigliabile fare una visita ginecologica dopo l'esecuzione della Risonanza Magnetica);
- è portatore di **MANUFATTI ORTODONTICI** (che possono subire deformazioni), ma è necessario avvertire il personale del Servizio: la decisione sull'esecuzione dell'esame sarà intrapresa dopo accordi con lo Specialista odontoiatra che ha in cura il Paziente;
- ha la **febbre**, ma il Medico Radiologo, considerata attentamente la sua situazione clinica, potrebbe decidere di rimandare l'esecuzione dell'esame: infatti, nel corso di indagini particolarmente lunghe, la temperatura può aumentare fino a 1,5°C.

**Per effettuare l'esame occorre:**

- **togliere** lenti a contatto, occhiali, apparecchi per l'udito, protesi temporanee mobili, ecc...;
- **togliere** fermagli per capelli, gioielli, orologi, carte di credito o altre schede magnetiche, monete, chiavi, bottoni metallici, vestiti con lampo ed eventuali altri oggetti metallici.
- **asportare** cosmetici dal volto;
- **riporre** oggetti di valore e soldi nelle apposite cassette di sicurezza allocate negli spogliatoi.

**QUESTIONARIO PER EVENTUALI CONTROINDICAZIONI ALL'ESAME**

È portatore di pace-maker o altri tipi di cateteri cardiaci, pompe per infusione, neurostimolatori, elettrodi cerebrali e subdurali, derivazioni spinali o ventricolari, sistemi di perfusione impiantati?		<b>SI</b>	<b>NO</b>
È portatore di clips metalliche su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello?		<b>SI</b>	<b>NO</b>
È portatore di valvole cardiache o clips per interventi di by-pass coronarici?		<b>SI</b>	<b>NO</b>
È portatore di distrattori per la colonna vertebrale?		<b>SI</b>	<b>NO</b>
Ha subito interventi chirurgici?	Alla testa o al collo? Se sì, quali:.....	<b>SI</b>	<b>NO</b>
	Al torace o all'addome? Se sì, quali:.....	<b>SI</b>	<b>NO</b>
	Altri interventi chirurgici? Se sì, quali:.....	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Ha delle schegge metalliche sottocute oppure interne?		<b>SI</b>	<b>NO</b>
Ha mai subito incidenti stradali o di caccia?		<b>SI</b>	<b>NO</b>
È affetto da anemia falciforme?		<b>SI</b>	<b>NO</b>
È portatore di tatuaggi o piercing?		<b>SI</b>	<b>NO</b>
È portatore di protesi	Ortopediche?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
	Dentarie?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
	Acustiche?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
	Del cristallino?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Se è DONNA:	È in stato di gravidanza?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
	È portatrice di spirale uterina?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Soffre di CLAUSTROFOBIA (paura di restare in un ambiente chiuso)?		<b>SI</b>	<b>NO</b>
È allergico? (.....)		<b>SI</b>	<b>NO</b>
Quanto pesa? ..... Kg			

**CONSENSO**

Io sottoscritto/a..... nato/a a ..... il.....  
(\*genitore o tutore legale di .....

sono stato informato dal Dott. .... in data.....  
che è stata posta l'indicazione all'esecuzione di una **DEFECO-RISONANZA MAGNETICA**.

A questo riguardo ho ricevuto e compreso le informazioni verbali e come da documentazione sopra riportata inerenti le **modalità di esecuzione** e i benefici attesi dall'esame, le possibili complicanze ragionevolmente prevedibili, le alternative (dove ci siano) ed il diritto di rifiutare o sospendere in qualsiasi momento il trattamento e le conseguenze derivanti dalla scelta e quindi, **in piena coscienza, acconsento** all'esecuzione della prestazione sopra indicata.

Data.....

Firma del Paziente (o di chi esercita la potestà genitoriale e/o tutoriale\*) .....

Timbro e firma del Medico che richiede l'esame.....

Timbro e firma del Medico Radiologo/in formazione specialistica .....

<b>I N T E R N I</b>	<b><u>Per i Pazienti allergici RICOVERATI che hanno eseguito la premedicazione</u></b>
	Io sottoscritto/a, Medico Curante del/della Sig./Sig.ra....., dichiaro di aver effettuato la premedicazione secondo lo schema in mio possesso.
	Timbro e firma del Medico che richiede l'esame.....

<b>E S T E R N I</b>	<b><u>Per i Pazienti allergici NON RICOVERATI che hanno eseguito la premedicazione</u></b>
	Io sottoscritto/a..... dichiaro di aver effettuato la premedicazione secondo lo schema che mi è stato fornito.
	Firma del Paziente (o di chi esercita la potestà genitoriale e/o tutoriale*).....
	Timbro e firma del Medico Radiologo/in formazione specialistica.....

**REVOCA CONSENSO**

Io sottoscritto/a..... a partire dalle ore ..... del giorno .....  
**revoco il consenso** alla precitata procedura, consapevole delle conseguenze derivanti dalla mia scelta.

Firma del Paziente (o di chi esercita la potestà genitoriale e/o tutoriale\*) .....

Timbro e firma del Medico Radiologo/in formazione specialistica .....