

Denominazione documento: **Consenso informato colonscopia**

Codice documento: **CONSCOL**

IDENTIFICAZIONE DOCUMENTO		DATA	DATA ULTIMA	LUOGO	RESPONSABILE	LIVELLO
CODICE	DENOMINAZIONE	EMISSIONE	REVISIONE	ARCHIVIAZIONE		DIFFUSIONE
CONSCOL	Consenso Informato colonscopia	Dicembre 2017	Dicembre 2017	Amministrazione	Direzione Aziendale	Medici e operatori sanitari attivi in colonscopia

# Consenso Informato all'esecuzione di esame endoscopico

## Colonscopia/Polipectomia

Io sottoscritto/a.....

Nato/a.....il...../...../.....

Allergie No  SI  se si specificare.....

Malattie emolitiche No  SI  se si specificare.....

Difetti della coagulazione No  SI  se si specificare.....

Farmaci anticoagulanti/antiaggreganti No  SI  se si specificare.....

### Dichiaro

di avere letto attentamente le informative riguardante l'indagine sia diagnostica sia operativa (polipectomia e altro).

Preso atto dei miei diritti e doveri e delle informazioni presentatemi dai sanitari in maniera da me comprensibile, mi dichiaro soddisfatto delle indicazioni e

ACCETTO

NON ACCETTO

l'intervento/i programmati. Dichiaro di essere a conoscenza dei rischi connessi alle procedure e delle possibili complicanze.

*a) perforazione intestinale (0,1-0,3%), b) sanguinamento (0,1-0,5%), c) decesso (0,1-0,3%)*

*d) cardio-respiratorie (0,4%), e) sedo-analgesia (1%), f) squilibri idro-elettrolitici*

*g) rare: rottura della milza, appendicite acuta, lacerazione dei vasi mesenterici, altre complicanze imprevedibili*

complicanze nella polipectomia:

*a)emorragia (0,6-6%) di norma si arresta spontaneamente e solo in rari casi necessita di trasfusioni o intervento chirurgico ,*

*b) perforazione intestinale (0,3-2%), c) ascessualizzazione in sede di tatuaggio (0,22%),*

*d) peritonite (1%), e) esplosione del colon, f) intrappolamento di ansa da polipectomia,*

**Autorizzo** i medici a modificare il percorso diagnostico/terapeutico qualora si rendesse necessario per tutelare la mia salute e la mia integrità fisica.

Il paziente

Data...../...../..... Firma .....

Il medico

Data...../...../.....Firma.....

Le ricordiamo che Lei potrà avvalersi, in qualsiasi momento, della facoltà di recedere da quanto sottoscritto