

	PO05 AMB PERCORSO DEL PAZIENTE IN ENDOSCOPIA DIGESTIVA
	---
	<b>MO31 PO05 ENDO CONSENSO INFORMATO COLONWASH rev. 02 del 17.06.2020-1.doc</b>

Io sottoscritt\_\_\_\_\_ (cognome e nome) \_\_\_\_\_  
 (se minore, i dati devono riferirsi al genitore o tutore legale, indicando anche il nome del minore)

nat\_\_\_\_, il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Dichiaro di aver letto l'informativa relativa alla preparazione alla colonscopia mediante la *procedura della colonwash* in alternativa alla preparazione tradizionale mediante l'assunzione di 2-4 l di purgante.

Mi è stato risposto in maniera esauriente e soddisfacente a tutte le domande che ho posto e sono stati chiariti tutti i dubbi riguardo al trattamento in oggetto.

In particolare, sono stato informato che, come per la preparazione mediante purga, esiste la possibilità che per diverse condizioni cliniche il colon non risulti pulito e sia necessario ripetere la preparazione.

Dichiaro inoltre di non trovarmi nelle seguenti situazioni cliniche:

	si	no
Malattie cardiache gravi non controllate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sospette perforazioni dell'intestino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recenti interventi chirurgici del colon-retto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sospette occlusioni del colon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ipertensione arteriosa grave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gravidanza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malattia infiammatoria del colon in forma acuta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diverticolite acuta del colon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aneurismi dell'aorta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La procedura è del tutto indolore, **non è un atto medico** ma una semplice pulizia meccanica dell'intestino.

Posso revocare in qualunque momento anche durante la procedura il mio consenso senza averne danno clinico.

*Pertanto*

- Acconsento a sottopormi alla procedura di colonwash
- Non Acconsento a sottopormi alla procedura di colonwash
- Revoco il mio consenso all'esecuzione della colonwash

Data\_\_\_\_\_

Firma (paziente o avente tutela legale) \_\_\_\_\_

Firma di chi raccoglie il consenso \_\_\_\_\_