

Gentile Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_,  
con la presente La informiamo che Lei è affetto/a da  
\_\_\_\_\_. Per tale  
patologia è prevista l'esecuzione di **MANOMETRIA RETTALE**.

*Etichetta  
nosografica*

### **CHE COS'E' LA MANOMETRIA RETTALE?**

E' un esame ambulatoriale che permette lo studio della funzione evacuativa.

### **PREPARAZIONE**

La sera prima e la mattina dell'esame occorre eseguire peretta evacuante per adulti e avere dieta leggera. Si può assumere colazione leggera

### **COME AVVIENE?**

E' un esame di tipo ambulatoriale che dura circa 30-40 minuti.

Il pz viene posizionato su un lettino con postura laterale e il medico introduce una piccola sonda per via rettale per 10 cm rispetto l'ano, previa esplorazione rettale digitale.

Questa sonda è collegata a un manometro che infonderà acqua tramite canalini di perfusione e invierà dati al computer che il medico potrà interpretare.

Durante l'indagine verrà chiesto al pz di eseguire manovre come spingere per evacuare o stringere come per trattenere aria.

Nell'ultima fase dell'esame verrà gonfiato un piccolo palloncino terminale che permetterà di valutare la distensibilità e sensibilità ampollare.

L'esame non è doloroso ma solamente fastidioso in quanto può far insorgere senso di necessità evacuativa e piccoli crampi addominali al termine dell'esame questi sintomi scompaiono.

### **QUALI RISCHI COMPORTA L'ESAME?**

L'esame solitamente non comporta rischi per il paziente, essendo però necessaria introduzione della sonda "alla cieca" cioè non in visione è sempre preferibile avere già eseguito una rettoscopia per evitare rischio perforativo del viscere.

La consegna del referto avverrà successivamente e verranno date istruzioni per il ritiro del referto.

### **Per presa visione**

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ dopo aver discusso con il medico della mia situazione clinica ed aver ottenuto in proposito chiare risposte ad ogni mia domanda, ho compreso che, allo scopo di migliorare la situazione attuale e/o di evitare peggioramenti, si rende necessario:

### MANOMETRIA RETTALE

Ritengo di aver ricevuto esaurienti notizie in merito al trattamento proposto, anche mediante la lettura di fogli informativi, il cui contenuto mi è stato comunque ampiamente illustrato dal medico.

Mi è noto che in ogni trattamento sanitario vi è possibilità di conseguenze dannose, a volte anche imprevedibili, nonostante il corretto comportamento dell'operatore.

Ho discusso con il medico della mia specifica situazione ed ho comunque appreso che, sulla base della consolidata esperienza clinica, i benefici che si intendono realizzare giustificano l'esposizione al rischio dei possibili effetti indesiderati.

Dichiaro di far uso dei seguenti farmaci:

\_\_\_\_\_

Dichiaro di essere allergico a:

\_\_\_\_\_

Preso atto di tutte le informazioni, comprese quelle relative a eventuali trattamenti diversi da quelli proposti, ritengo di aver ottenuto gli elementi indispensabili per giungere ad una scelta consapevole.

Pertanto, certo/a che un mio eventuale rifiuto non comporterà conseguenze per quanto riguarda la prosecuzione dell'assistenza secondo necessità,

**acconsento**

**non acconsento, pur consapevole delle conseguenze legate a questa mia decisione**

al trattamento proposto.

Sono a conoscenza del fatto che, dinanzi ad impreviste difficoltà, il medico potrebbe giudicare necessario modificare la procedura concordata; se in tali circostanze non fosse possibile interpellarmi, autorizzo sin d'ora il cambiamento, al solo scopo di fronteggiare le complicità.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Il medico proponente \_\_\_\_\_

Il medico endoscopista \_\_\_\_\_