

Gentile Sig./Sig.ra _____, con la presente La informiamo che Lei è affetto/a da _____ . Per tale patologia è previsto l'**ESAME CON VIDEOCAPSULA ENDOSCOPICA**.

*Etichetta
nosografica*

INTRODUZIONE

L'esame prevede che Lei ingoi una capsula in grado di trasmettere delle immagini del piccolo intestino mentre percorre l'apparato digerente. Le immagini sono archiviate in un piccolo registratore, quindi trasferite in un apposito computer. Ne risulta un filmato che viene analizzato da gastroenterologi endoscopisti esperti della metodica.

Capsula deglutibile

La capsula, monouso, ha forma e dimensione di una capsula di vitamine e viene ingoiata con un po' di acqua (come una normale medicina). Durante il suo passaggio attraverso l'apparato digerente acquisisce immagini, simili a quelle ottenute dagli endoscopi, e trasmette tali immagini al registratore che è indossato dal paziente.

Registratore

Il registratore portatile è un'unità esterna che riceve i dati trasmessi dalla capsula. Il registratore è collegato ad una serie di antenne fissate alla cute dell'addome (analogamente agli elettrodi adesivi utilizzati per gli elettrocardiogrammi). Terminato l'esame, le immagini accumulate nel registratore vengono trasferite su un apposito computer per la lettura.

Workstation

Il medico esecutore dell'esame utilizza un computer apposito (workstation) per interpretare e analizzare le immagini acquisite, alla ricerca di reperti patologici del piccolo intestino.

PROCEDURA DELL'ESAME

Dopo il posizionamento delle antenne e della cintura contenente il registratore, Lei inghiottirà la capsula endoscopica con un po' di acqua (come una normale medicina). La registrazione procederà quindi autonomamente, con il normale avanzamento della capsula ad opera della motilità intestinale. Lei sarà libero di muoversi o riposare a Suo piacimento. Come unico accorgimento, dovrà evitare di esporsi a campi magnetici (es.

uso di telefoni cellulari) durante l'esecuzione dell'esame.

Potrà bere e mangiare circa tre ore dopo avere ingoiato la capsula.

Al termine della registrazione, (dalle 6 alle 8 ore circa), le antenne e il registratore saranno rimossi e Lei potrà tornare liberamente a casa.

Le sarà chiesto di controllare le feci ad ogni evacuazione fino alla espulsione della capsula. L'avvenuta espulsione della capsula dovrà essere comunicata (con data e ora) ai medici che L'hanno seguita durante l'esame. Qualora non recuperasse la capsula entro 7 giorni o non fosse sicuro di averla emessa, dovrà comunque contattare i medici esecutori per essere sottoposto ad ulteriori accertamenti al fine di escludere la ritenzione della capsula.

CONTROINDICAZIONI

Soggetti che ricadano almeno in una delle seguenti condizioni non potranno eseguire l'esame:

- Sospetta o accertata occlusione o sub-occlusione intestinale;
- Diverticolosi condizionante grave deformità del tratto gastroenterico;
- Condizioni mentali o fisiche che precludano l'adesione a quanto richiesto dall'esame.
- Gravidanza.

 PEDERZOLI	DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE E DI CONSENSO ALL'ESAME CON VIDEOCAPSULA ENDOSCOPICA	Cod. CONS 09/ENDO
		Rev. 2
		Data 19/08/2021
		Pagina di 2/3

Soggetti che ricadano almeno in una delle seguenti condizioni potranno essere sottoposti all'esame previa una attenta valutazione:

- Disturbi della deglutizione;
- Pregressa chirurgia resettiva a carico dell'intestino tenue;
- Precedente chirurgia addominale;
- Diabete con neuropatia;
- Alterazioni note della motilità del tratto gastroenterico;
- Pacemaker cardiaco o altri impianti elettromedicali.

RISCHI POTENZIALI

Potenziati rischi in cui può incorrere sono in relazione a possibili reazioni allergiche agli adesivi utilizzati per fissare le antenne alla cute.

In casi rari inoltre, la capsula può rimanere incarcerata nell'intestino, a livello di un restringimento non noto, rendendo necessari provvedimenti che possono, in alcuni casi, giungere fino all'intervento chirurgico. In tali casi potrebbe inoltre rendersi necessario ricorrere a trasfusioni di sangue per rimpiazzare le perdite ematiche.

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:

ESAME CON VIDEOCAPSULA ENDOSCOPICA

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 _____