



FOGLIO INFORMATIVO PER L'ACQUISIZIONE DEL CONSENSO ALL'ESECUZIONE DELLA FISTOLOGRAFIA

DATI IDENTIFICATIVI DEL PAZIENTE:

Cognome _____ Nome _____
Nato/a _____ (Prov. _____) il _____ / _____ / _____

DATI IDENTIFICATIVI DI EVENTUALI ALTRI SOGGETTI TITOLARI:

<input type="checkbox"/> GENITORI (se paziente minorenne)	<input type="checkbox"/> TUTORE <input type="checkbox"/> AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO <input type="checkbox"/> FIDUCIARIO
--------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

SOGGETTO 1:

Cognome _____ Nome _____
Nato/a _____ (Prov. _____) il _____ / _____ / _____

SOGGETTO 2:

Cognome _____ Nome _____
Nato/a _____ (Prov. _____) il _____ / _____ / _____

CHE COS'È

La fistolografia è un esame radiologico che permette di analizzare il tragitto delle fistole, comunicazioni patologiche che si possono formare tra due organi cavi (ad esempio tra il retto e la vescica o tra il retto e la vagina) o tra un organo cavo e la cute (ad esempio una fistola peri-anale). Poiché si tratta di un esame che espone a radiazioni ionizzanti se ne deve evitare l'utilizzo in assenza di un'indicazione clinica specifica, inoltre le donne in età fertile devono escludere gravidanze in corso.

A COSA SERVE

Grazie all'uso di un mezzo di contrasto opaco ai raggi X la fistolografia permette di visualizzare il tragitto di una fistola, com'è posizionata rispetto agli organi circostanti e la presenza di eventuali ascessi/raccolte. Analizzando tutte queste informazioni, ed eventualmente completandole con quelle ottenibili con una tomografia computerizzata, è possibile stabilire la strategia terapeutica più adatta.

COME SI EFFETTUÀ

Il paziente deve disporsi sul lettino radiologico seguendo le indicazioni del personale sanitario. Il liquido di contrasto viene introdotto tramite l'apertura sulla cute della fistola e si esegue la radiografia. Nel caso di una fistola interna la procedura è leggermente più complessa. È possibile opacizzare uno dei due visceri coinvolti e rilevare la fistola, ad esempio mediante catetere vescicale o clisma rettale. L'esame dura pochi minuti.



COSA PUÒ SUCCEDERE – EVENTUALI COMPLICANZE

La fistografia non è né dolorosa, né pericolosa, ma può risultare fastidiosa.

Nel caso in cui ci fosse la necessità di somministrare MdC e.v. una funzionalità renale compromessa è il principale limite all'esecuzione dell'esame, motivo per cui, a testimonianza di una funzionalità renale non compromessa può essere richiesto un valore della creatininemia recente.

I mezzi di contrasto iodati attualmente a disposizione sono prodotti estremamente sicuri, ma occasionalmente possono dare le seguenti reazioni:

MINORI come vampate di calore, starnuti, nausea, vomito, orticaria circoscritta, sintomi che in genere non richiedono alcuna terapia e si risolvono spontaneamente .

MEDIE O SEVERE come orticaria diffusa, difficoltà respiratorie, battiti cardiaci irregolari o perdita di coscienza, shock anafilattico, edema della glottide, richiedono di solito terapia medica o l'intervento del rianimatore. In casi del tutto eccezionali, come avviene con molti altri farmaci, i mezzi di contrasto possono causare decesso.

I medici ed il personale della radiologia sono addestrati per curare nel miglior modo possibile queste reazioni nel caso si verificassero.

Esiste la possibilità di reazioni ritardate (entro una settimana), generalmente cutanee lievi, che si risolvono per lo più senza terapia.

E' altresì possibile la comparsa di altri effetti collaterali, più rari, generalmente di lieve-media entità e l'aumento di probabilità di comparsa degli effetti collaterali segnalati, per patologie concomitanti e l'esecuzione di altri trattamenti (farmacologici, chemioterapici...)

QUESTIONARIO SPECIFICO

La paziente dichiara all'operatore che raccoglie il presente consenso quanto segue:

È in stato di gravidanza certa o presunta?

si no

Preso atto delle informazioni fornite nel modulo di consenso il paziente può richiedere ulteriori spiegazioni al medico radiologo.

Data ____ / ____ / _____

Firma del paziente / genitori
tutore / amministratore di sostegno / fiduciario

Firma del Medico