

## Colonscopia

La colonscopia permette al medico di esaminare direttamente l'interno del retto, del colon e dell'ileo terminale.

Una sonda flessibile viene introdotta dall'ano e guidata, se necessario e possibile, sino all'ileo terminale. La durata della procedura è di circa 30 minuti e può causare modesti e ben tollerati dolori dovuti all'introduzione dello strumento ed all'insufflazione di aria per la distensione del colon. A volte i disturbi sono più importanti e mal tollerati dal paziente (colon lungo e convoluto, processi infiammatori attivi, aderenze da pregressi interventi). Il regolare svolgimento delle manovre endoscopiche necessita delle volte della collaborazione del paziente secondo quanto l'operatore spiegherà al momento dell'esame.

Se necessario potrà essere eseguita la somministrazione di sedativi o antispastici per via endovenosa, è consigliabile quindi che il paziente venga accompagnato da qualcuno per il ritorno in macchina.

L'esame può essere gravato da rare complicanze (0,3% - 0,7%) che in circostanze del tutto eccezionali possono risultare gravi (perforazione del viscere, sanguinamenti).

Durante la colonscopia si potranno eseguire prelievi biotipici per lo studio al microscopio, in caso di polipi, neoformazioni o alterazioni infiammatorie della mucosa.

Prima di eseguire l'esame è opportuno segnalare al medico eventuali allergie a farmaci o trattamenti farmacologici in atto.

### ***Consenso informato all'atto endoscopico***

Io sottoscritto/a ..... nato/a il.....  
dichiaro di essere stato/a informato/a in modo chiaro e da me comprensibile sulle modalità di esecuzione dell'esame e sui rischi che questo potrebbe comportare. Acconsento/a ad essere sottoposto/a colonscopia diagnostica con eventuali prelievi biotipici ed atti operatori qualora necessari.

Dichiaro inoltre di essere stato/a informato/a sul tipo di sedazione cui verrò sottoposto/a qualora ne avessi voglia e che le tecniche concordate potranno essere modificate dall'operatore e/o dall'anestesista se necessario.

Firma del Paziente

Luogo e data

Firma del medico