

**SCHEDA INFORMATIVA PER I PAZIENTI DA SOTTOPORSI A CLISMA OPACO**

Cognome _____	Nome _____
Luogo e data di nascita _____	
Medico curante richiedente _____	Diagnosi _____

Gentile Signore/a,

Il clisma opaco è un esame radiologico dell'intestino crasso (colon, sigma e retto). Le sue applicazioni vanno dall'investigazione di particolari sintomi (sanguinamento rettale, diarrea cronica, alterazioni dell'alvo, dolore addominale), alla diagnostica di malattie o alterazioni specifiche, come stenosi, occlusioni intestinali, poliposi, alterazioni della motilità dei visceri, diverticolosi e cancro al colon. Al fine di rendere ben visibile questa regione, è necessario introdurre per via rettale, attraverso l'ano, un opportuno mezzo di contrasto radiopaco, generalmente bario solfato, poiché in sua assenza l'immagine radiografica non permetterebbe di porre alcun tipo di diagnosi. Un tubicino ben lubrificato viene quindi inserito nel retto ed una volta posizionato viene rilasciato gradualmente il mezzo di contrasto. Prima di introdurre la sonda viene eseguita una prima radiografia per accertarsi che il colon sia ben pulito. Le varie manovre di riempimento determinano uno stimolo all'evacuazione, talvolta intenso, che dev'essere controllato fino al via libera del personale. Ricevuto l'ok, il clisma può essere evacuato ed una volta svuotato l'intestino è necessario sottoporsi ad ulteriori radiografie. Nel complesso, l'esame è generalmente ben tollerato e risulta solo lievemente fastidioso. Il paziente, dal canto suo, deve rispettare con cura alcune indicazioni sia durante l'esame, sia nei tre giorni che lo precedono.

**QUESTIONARIO PRELIMINARE ALL'ESECUZIONE DI CLISMA OPACO**

Si prega di leggere **attentamente** e riempire il seguente questionario.

Ha eseguito in precedenza il CLISMA OPACO?	SI	NO
Ha osservato il protocollo di preparazione per questo tipo di esame?	SI	NO
E' in stato di gravidanza?	SI	NO
Data dell'ultimo ciclo mestruale:	SI	NO
Soffre di cardiopatia?	SI	NO
Soffre di diabete?	SI	NO
Soffre di glaucoma?	SI	NO
Soffre di allergie?	SI	NO
Soffre di diverticoli?	SI	NO
Ha di recente assunto farmaci?	SI	NO
Se si specificare quali?		

**DATA**

**Il Radiologo responsabile dell'esame**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO**

Avute tutte le informazioni necessarie, acconsento di essere sottoposto all'esame del clisma opaco richiesta dal Medico curante.

**DATA**

**Firma del Paziente per conferma dell'informazione ricevuta**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_