



1. CHE COS'È

La colonscopia virtuale è un esame radiologico, alternativo al clisma opaco a doppio contrasto, che consente di studiare la parete del colon simulando la colonscopia tradizionale. In pratica si tratta di una procedura endoscopica condotta al computer utilizzando immagini di tomografia computerizzata (TC).

Essendo una simulazione computerizzata, a differenza della colonscopia tradizionale la colonscopia virtuale viene condotta senza l'introduzione nel colon di sonde. Pertanto non è invasiva, ma la superficie mucosa del colon viene evidenziata come in una animazione grafica, identica a quella di un film realizzato al computer.

Per questo non è possibile identificare stati di iperemia o di sanguinamento della superficie mucosa del colon o eseguire procedure come una polipectomia. È possibile invece evidenziare le irregolarità della superficie (come nel caso di polipi, diverticoli, stenosi e ostruzioni del lume).

2. A COSA SERVE E A CHI SERVE

L'esame è indicato nella ricerca di polipi o neoplasie del colon in alternativa al clisma opaco a doppio contrasto:

- in tutti i pazienti intolleranti alla colonscopia tradizionale
- nei casi di colonscopia tradizionale incompleta
- nei pazienti anziani e/o in condizioni precarie di salute e nei pazienti con controindicazione alla colonscopia tradizionale (es. cardiopatici, bronchitici cronici)
- a scopo di screening per tutti i soggetti di età superiore a 50 anni o in soggetti a rischio
- per controllo dopo polipectomia

3. COME MI PREPARO

La preparazione ha lo scopo di liberare l'intestino dal contenuto liquido e fecale che ne impedirebbe una corretta osservazione o di "marcare" le feci con mezzo di contrasto affinché siano automaticamente sottratte dal computer

4. DOVE AVVERRÀ L'ESAME E COME SARÀ FATTO

La colonscopia virtuale sarà fatta presso la sala TC del Servizio di Diagnostica per Immagini. Una volta sistemato il paziente sul lettino della TC, attraverso una sottile sonda sarà insufflata nel retto anidride carbonica o aria ambiente con lo scopo di distendere il colon. La manovra non provoca disturbi importanti. Subito dopo saranno eseguite delle scansioni TC in posizione supina e in posizione prona della durata ciascuna di 10-15 secondi. Tutta la procedura dura circa 15 minuti.

5. COSA PUÒ SUCCEDERE

Questa indagine, come tutti gli altri esami che impiegano radiazioni ionizzanti (raggi X), non deve essere eseguita in gravidanza.

La possibilità di una perforazione del colon è assai remota (1 su 1000). Dopo la somministrazione del Buscopan si possono presentare alcuni effetti indesiderati (es. difficoltà visive a mettere a fuoco gli oggetti, sonnolenza, tachicardia, reazioni allergiche), tuttavia la Struttura in cui viene eseguito l'esame ha tutti i presidi per affrontare qualsiasi eventualità. Comunque l'incidenza di reazioni avverse gravi intense come perforazione del viscere o complicanze cardiovascolari è nettamente inferiore a quella della colonscopia tradizionale.

6. COSA ACCADRÀ IN SEGUITO

Non vi è alcuna prescrizione o precauzione da osservare dopo l'esame. L'anidride carbonica o l'aria insufflata viene rapidamente eliminata e si riprende la normale attività.

7. RISULTATI

In un tempo successivo lo specialista Radiologo analizza le immagini alla consolle, le rielabora adeguatamente e scrive il referto.

Si ricorda che la metodica è gravata da una percentuale di falsi positivi qualora la preparazione intestinale non risulti ottimale e di falsi negativi qualora si tratti di alterazioni minime e pertanto non clinicamente significative.



CASA DI CURA
S. CAMILLO

**INFORMATIVA E CONSENSO ALL' ESECUZIONE DI ESAME
COLONSCOPIA VIRTUALE - TC**

**R/23-205
REV 0
PAG 2/3**

Io sottoscritto Dottor/Dott.ssa _____ dichiaro di aver fornito le informazioni richieste, di aver risposto a tutte le domande poste e di averne verificato la comprensione da parte dell'interessato.

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO
Responsabile della Prestazione Diagnostica

CONSENSO INFORMATO

all'esecuzione dell'indagine di Colonscopia virtuale - TC

- IL PAZIENTE Genitori del paziente minorenni esercenti la potestà genitoriale
- Amministratore di sostegno tutore paziente inabilitato

Il/I sottoscritto/i _____

Ritiene di essere stato sufficientemente informato sui rischi e sulle controindicazioni legate all'esecuzione della colonscopia virtuale mediante TC.

Il Medico esecutore, ha inoltre precisato che durante la procedura potrebbe essere necessario modificare la tecnica di conduzione della stessa in rapporto alle valutazioni intraprocedurali e che la procedura potrebbe essere interrotta qualora si verificassero eventi o emergessero condizioni tali da rendere la conduzione secondo le modalità previste inefficace o eccessivamente rischiosa.

Firma

- del Paziente _____
- del Tutore paziente inabilitato _____
- dell'Amministratore di sostegno _____
- dei Genitori del paziente minorenni esercenti la potestà genitoriale¹

Firma 1°Genitore _____ Firma 2°Genitore _____

Informazioni fornite a mezzo dell'interprete/mediatore culturale

Nome e Cognome (2).....Firma.....

¹ in caso di sottoscrizione di uno solo degli esercenti la potestà genitoriale, con la presente sottoscrizione il firmatario dichiara di esercitarla congiuntamente e di rappresentare con l'apposizione della propria firma anche la volontà dell'altro genitore, ovvero di essere l'unico esercente la potestà genitoriale esonerando da ogni responsabilità la struttura e i suoi Medici per ogni atto conseguente alla mendace affermazione ed accollandosene gli oneri. In caso di esercizio della potestà genitoriale disgiunto sarà indispensabile la sottoscrizione di entrambi gli esercenti la potestà genitoriale ovvero di procura notarile dell'esercente la potestà genitoriale che non sottoscrive ovvero di dichiarazione con la quale si attribuisce la facoltà di sottoscrivere il consenso all'altro genitore munita di dichiarazione di autenticità della firma.

² Acquisizione, da documento identificativo da allegare in copia, della data -luogo di nascita e residenza



CASA DI CURA
S. CAMILLO

**INFORMATIVA E CONSENSO ALL' ESECUZIONE DI ESAME
COLONSCOPIA VIRTUALE - TC**

**R/23-205
REV 0
PAG 3/3**

Il paziente, temporaneamente impossibilitato ad apporre la firma sul presente documento, è stato esaurientemente informato ed acconsente a sottoporsi al trattamento/intervento/procedura di cui sopra. Motivo dell'impedimento:

Data ___/___/___

Firma del Medico _____

Firma del 1° Testimone _____

Firma del 2° Testimone _____

Il sottoscritto _____

REVOCA

Il proprio consenso al trattamento/intervento/procedura proposto. DATA ___/___/___ ora ___:___

Firma del Paziente _____

Firma del Medico _____ Firma del Testimone _____

Il sottoscritto _____ dichiara che

Il/la sig./sig.ra _____ ha dato indicazioni verbali di revoca del consenso

Data ___/___/___

Firma del Medico _____

Firma del Testimone _____

