

Dott. Luca Pecchioli

Specialista in Chirurgia Generale

Responsabile del Servizio di Endoscopia Digestiva
dell'INI (Istituto Neurotraumatologico Italiano)

Via S. Anna, 00046 - Grottaferrata (Roma) Tel. 06/942851

Casa di Cura "Sanatrix" – Via di Trasone, 61– 00199 Roma - 06/86321981

mail: lucapecchioli.centos@gmail.com ; www.lucapecchioli.it

INFORMATIVA per RettoSigmoidoColonScopia (Colonscopia o RSCS)

Che cos'è la colonscopia

Consiste nell'introduzione di una sonda flessibile (colonscopio) attraverso l'orifizio anale per esplorare e visualizzare la mucosa del retto e del colon, in precedenza opportunamente pulito per mezzo di una adeguata preparazione intestinale. In base alle indicazioni la colonscopia può essere condotta per esplorare il grosso intestino solo parzialmente (es.: rettoscopia, rettosigmoidoscopia, ecc.) o fino a visualizzare il fondo ciecale (colonscopia totale o pancolonscopia). Nel corso dell'esame, qualora vi sia indicazione, è possibile esplorare anche l'ileo terminale, attraverso la valvola ileo-ciecale, possono essere prelevati piccoli frammenti di mucosa (biopsie) per esame istologico e si possono effettuare procedure aggiuntive, diagnostiche o terapeutiche.

Come si esegue la colonscopia

L'esame viene eseguito con un colonscopio, dotato in punta di una sorgente luminosa e di una piccola telecamera che invia le immagini ad un processore e quindi ad uno schermo. Dopo aver acquisito il consenso del paziente, generalmente si posiziona un piccolo ago in vena e si monitorizzano la frequenza cardiaca, la saturazione d'ossigeno del sangue e la pressione arteriosa. A seconda del giudizio del medico operatore, e in accordo con il paziente, può essere eseguita una sedazione mediante somministrazione di un sedativo/analgesico endovena. In questo caso eventuali protesi dentarie mobili dovranno essere rimosse prima dell'esame. L'esame viene eseguito generalmente sul fianco sinistro, ma nel corso della procedura può essere necessario cambiare posizione e possono essere effettuate manovre di compressione manuale dell'addome, per facilitare la progressione dell'endoscopia.

Durante l'esame:

- s'insuffla aria in quantità adeguata a distendere le pareti degli organi da esaminare e facilitarne la visione; questo può causare al paziente una sensazione di distensione addominale che non deve allarmare, in quanto assolutamente transitoria.
- L'esame dura in media da 15 a 30 minuti, ma tale tempo può diminuire o aumentare in funzione del grado di difficoltà alla progressione dell'endoscopia lungo il colon e della pulizia del colon stesso. Il superamento di alcune curve può provocare temporaneamente modico dolore, talora più intenso in caso di particolare lunghezza e/o tortuosità del viscere o in presenza di aderenze da precedenti interventi chirurgici o trattamenti radioterapici.
- saranno monitorate, frequenza cardiaca, saturazione di ossigeno, pressione arteriosa e, se necessario, attività elettrocardiografica.

La preparazione alla colonscopia

La buona riuscita della colonscopia dipende molto dalla corretta pulizia del viscere. È indispensabile, pertanto, che il paziente aderisca a tutte le norme indicate nel foglio di preparazione all'esame. È dimostrato che un'incompleta pulizia intestinale aumenta il rischio di non visualizzare lesioni durante la colonscopia. Tale rischio comunque non si azzera anche in presenza di un'adeguata pulizia intestinale in corso di una colonscopia di qualità. Infatti fino al 20% delle lesioni, specie di piccole dimensioni, si potrebbero non visualizzare. Nel colloquio precedente l'esame è indispensabile che il medico venga informato di eventuali malattie e/o allergie di cui il paziente soffre, se il paziente assume farmaci e se è portatore di pacemaker o di altra apparecchiatura impiantabile che possa interferire con strumenti elettromedicali. Nel caso in cui il paziente assuma farmaci anticoagulanti e/o antiaggreganti, in previsione dell'esame, potrebbe rendersi necessaria la loro sospensione o sostituzione previo consulto con lo specialista di riferimento.

Ulteriori procedure, a finalità diagnostica, possono essere attuate durante la colonscopia

• **Biopsie.** In corso di colonscopia è possibile eseguire, se necessario, prelievi per l'esame istologico (piccoli campioni di tessuto prelevati con una specifica pinza). Oltre ad aiutare nella distinzione tra lesioni benigne e maligne, le biopsie sono utili per evidenziare la presenza di condizioni o lesioni pre-cancerose del colon.

- **Cromoendoscopia.** L'utilizzo endoscopico di coloranti vitali (soluzione di lugol, cristal violetto) o di contrasto (indaco di carminio), permette, laddove indicato, un miglioramento della definizione morfologica di alcune lesioni (individuazione dei margini, di eventuali residui dopo resezioni endoscopiche). I coloranti si spruzzano sulla mucosa attraverso un cateterino o direttamente attraverso il canale operativo dell'endoscopio.
- **Tatuaggio.** Questa metodica viene eseguita per facilitare l'individuazione ed il reperimento di una lesione, precedentemente diagnosticata endoscopicamente, per effettuare trattamenti endoscopici o interventi chirurgici successivi. Attualmente la sostanza di uso più frequente per eseguire il tatuaggio è la polvere di carbone sterile.

Complicanze della Colonscopia Diagnostica

La colonscopia, sia diagnostica, sia terapeutica, è generalmente sicura. Complicanze clinicamente significative in corso di una colonscopia diagnostica sono rare (generalmente inferiori allo 0.1-0.6%) ed il tasso di mortalità è inferiore allo 0.007%. Le principali complicanze di una colonscopia diagnostica sono rappresentate da:

- **Complicanze cardio-respiratorie e circolatorie:** sono estremamente rare (0,9%), per lo più legate alla premedicazione e sono rappresentate da desaturazione, enfisema sottocutaneo, arresto respiratorio, infarto miocardico e shock.
- **Emorragia:** associata in genere a procedure terapeutiche, molto raramente si può verificare anche in corso di procedure diagnostiche (es.: a seguito di biopsie). Generalmente è di modesta entità e tende ad autolimitarsi. In rari casi può essere necessario controllarla mediante una tecnica di emostasi endoscopica. L'indicazione a trattamenti chirurgici per emorragie in corso di colonscopia diagnostica è rarissima.
- **Perforazione:** 0.07-0.3% dei casi. La perforazione in corso di una colonscopia diagnostica può essere conseguenza di traumi causati dallo strumento o dalla pressione del gas insufflato. In alcuni casi, quando la perforazione sia di piccole dimensioni e sia diagnosticata nel corso dell'esame stesso, è possibile effettuare un tentativo di trattamento endoscopico con clip. Quando la perforazione sia di maggiori dimensioni o qualora il trattamento endoscopico risulti inefficace, è indicato il trattamento chirurgico.

Ulteriori procedure, a finalità operativa, che possono essere attuate durante la colonscopia

La colonscopia operativa, pur essendo anch'essa procedura sicura, rispetto agli esami diagnostici generalmente ha un rischio aumentato che dipende dal tipo di trattamento che viene effettuato.

- **Polipectomia.** È una tecnica endoscopica che consente l'asportazione dei polipi del colon, mediante l'utilizzo di particolari accessori (anse da polipectomia) che generalmente vengono collegati ad un elettrobisturi che eroga corrente diatermica. In alcuni casi la polipectomia può essere effettuata senza far uso di corrente diatermica (cosiddetta tecnica "a freddo").

Le complicanze sono rare, le più frequenti sono rappresentate da:

- **Perforazione (0.04-1.0%).** La perforazione in corso di polipectomia pur essendo una complicanza rara, tende ad aumentare quanto più complessa è la manovra terapeutica. In presenza di una perforazione il trattamento endoscopico (posizionamento di clip) può essere risolutivo. Qualora il trattamento endoscopico risulti inefficace o non possibile, è indicato il trattamento chirurgico.

- **Emorragia (0.3-6.1%).** L'emorragia post-polipectomia rappresenta la complicanza più frequente. In circa l'1.5% dei pazienti sottoposti a polipectomia si verifica un sanguinamento immediato che normalmente viene controllato endoscopicamente. In circa il 2% dei pazienti si può verificare un sanguinamento tardivo che si può presentare fra i 7 ed i 30 giorni dopo la polipectomia. Il ricorso alla chirurgia è raro.

- **Ustione trans-murale (0.003-0.1%):** è legata alla trasmissione di calore alla parete del viscere dovuta all'applicazione di corrente elettrica. Si manifesta entro 24-36 ore dalla colonscopia con un quadro di febbre, dolore addominale localizzato e leucocitosi (aumento dei globuli bianchi). Di solito si risolve con terapia conservativa mediante idratazione endovena, terapia antibiotica e digiuno fino al termine della sintomatologia. La mortalità può raggiungere lo 0,25%.

• **Tecniche avanzate di Resezione Endoscopica (EMR ed ESD):** L'EMR o mucosectomia (Resezione endoscopica della mucosa e della sottomucosa) e l'ESD (Dissezione endoscopica sottomucosa) sono tecniche avanzate di rimozione di lesioni neoplastiche superficiali. L'emorragia e la perforazione sono le complicanze più comuni e si verificano con una frequenza superiore rispetto a quella osservata nella polipectomia standard. Il rischio di emorragia immediata è di circa il 10%, mentre il sanguinamento tardivo avviene in circa l'14% dei casi. Il sanguinamento è solitamente trattato endoscopicamente, ed in alcuni casi può essere necessario eseguire anche trasfusioni. Il ricorso alla chirurgia è raro.

La perforazione si verifica in circa il 5-10% delle ESD del colon e fino ad un 5% delle EMR. La maggior parte delle perforazioni viene immediatamente diagnosticata e trattata endoscopicamente al momento della procedura. Per entrambe le procedure la mortalità è rara (0.25%).

• **Trattamenti emostatici.** Hanno come obiettivo l'arresto di un'emorragia. Le terapie emostatiche includono tecniche iniettive e/o meccaniche. La perforazione è una complicanza rara dell'emostasi endoscopica. Tuttavia, soprattutto nel

trattamento delle angiodisplasie, in particolare quando localizzate a livello del colon destro, la perforazione è stata descritta fino al 2.5% dei casi.

- **Tatuaggio.** L'utilizzo dell'inchiostro di china o di soluzioni di carbone sterile permette la "marcatura" di lesioni neoplastiche per facilitarne l'individuazione in corso di successive colonscopie o di interventi chirurgici. L'utilizzo dell'inchiostro di china è associato ad un rischio di complicanze severe (peritoniti focali, ematomi infetti, ascessi, aderenze post-operatorie) che varia dallo 0.2% al 5.6%. L'utilizzo della soluzione di carbone sterile ha ridotto il tasso delle complicanze (0,2%).

- **Miscellanea.** Complicanze rarissime della colonscopia includono: rottura della milza, appendicite acuta, diverticolite, enfisema sottocutaneo e lacerazione dei vasi mesenterici con emorragia intra-addominale. Raramente può verificarsi una colite chimica, correlata alla sostanza utilizzata per la disinfezione dello strumento.

Cosa succede dopo la colonscopia

Dopo l'esame il paziente potrebbe avvertire il permanere di gonfiore e dolori addominali che normalmente si esauriscono in alcuni minuti senza necessità di manovre o terapie aggiuntive. In alcuni casi, però, potrebbe essere necessario il posizionamento di una sonda rettale allo scopo di facilitare l'eliminazione dell'aria insufflata durante l'esame. Nel caso in cui vengano effettuate manovre terapeutiche, a seconda del giudizio del medico, può essere indicata un'osservazione clinica più prolungata. Qualora l'esame sia eseguito in sedazione, al termine può residuare temporaneamente sonnolenza, capogiro, visione offuscata o doppia. Ad ogni modo il paziente può essere dimesso solo se accompagnato e non può quindi guidare auto o motoveicoli o compiere manovre a rischio o che richiedano particolare attenzione nelle 12 ore successive alla procedura.

La ripresa delle terapie in corso, dell'alimentazione e l'assunzione di liquidi sono concordate con i sanitari al momento della dimissione. Se non è stata praticata alcuna sedazione il paziente potrà tornare a casa o in reparto, anche da solo.

A distanza di alcune ore si potrebbero verificare segni di complicanze tardive correlate all'esame. È importante pertanto riconoscere i segni precoci di possibili complicanze.

Sintomi d'allarme sono: dolore con tensione addominale, sudorazione con ipotensione, comparsa di febbre, sanguinamento con emissione di sangue rosso vivo o scuro, alvo chiuso a feci e gas. In tal caso è consigliabile recarsi in Pronto Soccorso.

Quali sono le alternative alla colonscopia

Clisma opaco, colonscopia virtuale e colonscopia con videocapsula sono attualmente le tecniche alternative alla colonscopia. Le prime due sono tecniche radiologiche, l'ultima è una tecnica endoscopica. Nessuna di queste permette di eseguire biopsie per esame istologico e di effettuare manovre operative (polipectomie, ecc.). Come per la colonscopia, anche per queste procedure alternative è necessario effettuare una preparazione intestinale. L'eventuale indicazione a queste procedure alternative deve essere valutata con il proprio medico considerando rischi e benefici, tenendo conto della inferiore accuratezza diagnostica rispetto alla colonscopia.

Come si disinfettano/sterilizzano gli strumenti

Al fine di garantire una prestazione sicura e libera da rischio infettivo per l'utente e per gli operatori sanitari, i dispositivi medici riutilizzabili (endoscopi e accessori poli-uso) sono puliti a fondo (superfici esterne e canali interni) immediatamente dopo ogni procedura con detergenti proteolitici, per rimuovere ogni materiale organico potenzialmente contaminante. A seguire, il materiale considerato semicritico (come l'endoscopio) è sottoposto a un ciclo di disinfezione di alto livello in specifiche lava endoscopi.

GUIDA ALLA PREPARAZIONE PER LA RETTOSIGMOIDOCOLONSCOPIA CON PHOSPHOLAX IN SEDAZIONE PROFONDA O CON ASSISTENZA ANESTESIOLOGICA

Per la sedazione profonda è necessario portare i seguenti esami:

- Elettrocardiogramma e visita cardiologica
- Emocromo, glicemia, azotemia, creatinina, protidogramma, PT, PTT, Fibrinogeno, Gruppo sanguigno

Al fine di eseguire al meglio la colonscopia, è necessario prepararsi adeguatamente all'esecuzione dell'esame. Le suggeriamo di leggere e di seguire queste brevi e semplici indicazioni.

DIETA

Nei tre giorni che precedono l'esame è indicata una dieta povera di fibre, pertanto non assumere: frutta, verdura, alimenti integrali e tutti gli altri tipi di fibre. La dieta consigliata prevede pane non integrale, pasta non integrale, carne di ogni tipo, prosciutto (crudo o cotto), pesce di ogni tipo, latte e formaggi di ogni tipo, uova e dolci che non contengano fibre.

Per vegetariani e vegani: si possono consumare: patate, centrifugati di frutta e verdura (quindi senza fibra), latte vegetale, brodo vegetale (senza i pezzi di verdura), tofu al naturale, seitan, e eventualmente, in minor misura, riso, pasta e pane bianchi (non integrali)

E' indicato non assumere cibi solidi nelle 3 ore che precedono l'inizio della preparazione e fino all'esecuzione della colonscopia; sono concessi brodo senza pasta e liquidi zuccherati (succhi di frutta senza polpa) fino a 5 ore prima dell'esame. L'assunzione di cibi o liquidi a meno di 5 ore dall'esecuzione della colonscopia potrebbe favorire la comparsa di vomito durante l'esame.

SE L'ESAME VIENE ESEGUITO LA MATTINA:

Alle ore 17.00 del giorno precedente l'esame assumere:

- due buste di **PHOSPHOLAX** in un bicchiere di acqua (N.B. per acquistare il Phospholax in farmacia occorre la prescrizione su ricettario in bianco da parte di un medico); nelle due ore successive bere un litro di liquidi (acqua, tè, camomilla, ecc.)

Alle ore 20.00 del giorno precedente l'esame assumere:

- due buste di **PHOSPHOLAX** in un bicchiere di acqua, nelle due ore successive bere un litro di liquidi (acqua, the, camomilla, ecc.)

SE L'ESAME VIENE ESEGUITO AL POMERIGGIO (dalle ore 14.00 in poi):

Alle ore 21.00 del giorno precedente l'esame assumere:

-due buste di **PHOSPHOLAX** in un bicchiere di acqua; nelle due ore successive bere un litro di liquidi (acqua, tè, camomilla, ecc.)

CENA: latte, tè, camomilla, ecc. ben zuccherati, a volontà

Alle ore 07.00 del giorno dell'esame assumere:

- due buste di **PHOSPHOLAX** in un bicchiere di acqua, nelle due ore successive bere un litro di liquidi (acqua, tè, camomilla, ecc.)

E' molto importante finire di bere almeno cinque ore prima dell'endoscopia

CONDIZIONI PARTICOLARI

- **Donne in gravidanza od allattamento:** la colonscopia deve essere eseguita solo se vi è una assoluta indicazione e sapere se il medico che ha prescritto l'esame sia informato sullo stato di gravidanza.
- **Pazienti in trattamento antiaggregante o anticoagulante:** la sospensione del trattamento o la sostituzione del Sintrom o del Coumadin con eparinoidi deve essere concordata con il medico curante, il cardiologo o il Centro TAO. La decisione di sospendere un farmaco dipende dal rischio emorragico della procedura da affrontare (endoscopia diagnostica o operativa) e dalla malattia del paziente (a alto o basso rischio trombotico).
 - **Nel caso i medici consultati autorizzino la sospensione degli antiaggreganti si consiglia quanto segue:**
TIKLID, PLAVIX, BRILIQUE, EFIENT : Sospendere 5 giorni prima, 7 giorni per l'Efient
PRADAXA, ELIQUIS, XARELTO: Sospendere 1 giorno prima per endoscopia diagnostica e 2 giorni prima per endoscopie operative (dipende anche dalla funzionalità renale).
Riprendere dopo 12 ore se diagnostica e 48-72 se operativa, salvo diversa prescrizione del medico endoscopista.
 - **Per la sospensione degli anticoagulanti e la loro sostituzione con eparinoidi rivolgersi al Centro TAO.** il giorno precedente l'esame si deve eseguire l'INR (che deve essere inferiore a 1,5 il cui referto è da portare in visione al medico endoscopista il giorno della colonscopia.

COSA È NECESSARIO FARE PER ESEGUIRE L'ESAME IN SICUREZZA?

- **finire sempre la preparazione secondo le istruzioni:** un intestino pulito infatti è il requisito fondamentale per poter svolgere bene l'esame e non avere limiti di visualizzazione.
- avvertire il medico endoscopista di eventuali **allergie e/o eventuali patologie cardiorespiratorie** o di altra natura
- avvertire della **presunta o accertata gravidanza**
- segnalare sempre all'endoscopista se si esegue una **terapia con antiaggreganti** (es. Cardioaspirina, Cardirene, Aspirinetta, Tiklid, Plavix etc.) e/o **anticoagulanti** (es.: Coumadin, Sintrom, etc.)
- **non sospendere l'assunzione di altri farmaci abituali**

RACCOMANDAZIONI

- **In caso di sedazione,** nelle 12 ore successive è controindicato guidare ogni tipo di veicolo ed eseguire attività che comportino prontezza di riflessi. **E' necessario quindi che il paziente venga accompagnato.**
- **I donatori di sangue,** successivamente all'esecuzione dell'esame, saranno temporaneamente sospesi dalle donazioni per sei mesi.

CONSENSO INFORMATO PER RETTOSIGMOIDOCOLONSCOPIA

Io sottoscritto dichiaro di essere stato informato dal Dott./Prof. in modo chiaro, comprensibile ed esaustivo, con adeguato anticipo, mediante colloquio e previa consegna di materiale informativo al momento della prenotazione, sulla natura e sullo stato dell'attuale quadro clinico, nonché sulla conseguente indicazione all'esame.

Dichiaro, in particolare, di essere stato informato riguardo a:

- 1) necessità del digiuno (almeno 6 ore per i liquidi);
- 2) adempimenti preliminari, modalità di svolgimento, tempi della procedura e dell'eventuale degenza;
- 3) quando necessario, valutazione dell'assetto coagulativo con relativi interventi correttivi;
- 4) tipologia e organizzazione della STRUTTURA SANITARIA, l'assenza dell'Emodinamica, del Centro trasfusionale e del Pronto Soccorso;
- 5) indicazione, in caso di necessità, a praticarmi trasfusione di sangue o emoderivati;
- 6) eventuale necessità di metodiche integrative (radiologiche, radiologiche interventistiche, chirurgiche, altro (.....) conseguenti al mancato completamento/insuccesso della procedura proposta;
- 7) esistenza di alternative diagnostico-terapeutiche in relazione al quadro clinico, con specifici limiti e vantaggi rispetto alla procedura propostami;
- 8) possibile evoluzione della malattia/quadro clinico in caso di rifiuto della procedura;
- 9) in ordine alle complicanze, mortalità, controindicazioni e principi di tecnica, mi è stata fornita ampia e specifica informazione, nonché consegnato l'opuscolo allegato che tale informazione riassume ed illustra. Mi è stato anche spiegato che le percentuali riportate aumentano in relazione a particolare complessità anatomica o a situazioni cliniche particolarmente critiche;

GESTIONE DELLE COMPLICANZE

Mi è stato chiaramente spiegato che in caso di complicanze/insuccesso dell'intervento endoscopico potrebbe rendersi necessario, per risolvere il nuovo quadro clinico, un trattamento medico, chirurgico o radiologico, immediato o differibile, in relazione alla situazione, eseguibile presso la stessa struttura ospedaliera o in altro ambiente ospedaliero mediante trasferimento urgente. Inoltre mi è stato spiegato che, ove sopravvenisse una condizione clinica che imponga decisioni in emergenza (stato di necessità), i sanitari procederanno secondo la migliore pratica per la salvaguardia della mia salute. In tale evenienza (nell'impossibilità cioè di essere interpellato) desidero che i Sanitari informino del loro programma terapeutico il Sig./la Sig.ra purché presente in Ospedale. In caso di complicanze dopo la dimissione il paziente dovrà recarsi al pronto soccorso più vicino e avvisare il dott. Luca Pecchioli.

SEDAZIONE / ANESTESIA

Acconsento di essere sottoposto a sedazione/analgesia finalizzata a ridurre il dolore/fastidio e a facilitare l'esecuzione dell'esame; mi è stato riferito che nel corso della procedura verranno costantemente monitorati i principali parametri vitali che saranno riportati sulla scheda infermieristica allegata, prima, durante e dopo la procedura (saturazione di ossigeno, pressione arteriosa, frequenza cardiaca; se le condizioni cliniche lo richiedono sarà monitorata l'attività elettrocardiografica e sarà somministrato ossigeno per mantenere/ristabilire un adeguato livello di saturazione); sono stato anche informato delle possibili complicanze. Le più frequenti sono le reazioni allergiche ai farmaci utilizzati per la sedazione, come il broncospasmo o l'orticaria, problemi cardio-respiratori, come l'alterazione della pressione arteriosa, della frequenza e del ritmo cardiaco, la depressione respiratoria con apnea, fino a giungere in casi molto rari all'arresto respiratorio e/o cardiaco (complicanze gravi 1-3 su mille, con mortalità complessiva < 0.3/1000) ed in rari casi dolore nel punto di iniezione dei farmaci con infiammazione della vena. In rari casi è possibile qualora si verificasse un arresto respiratorio, che sia necessaria una intubazione endotracheale d'urgenza.

Sono stato informato della possibilità di somministrazione di farmaci antagonisti della sedazione/analgesia per ottenere un adeguato risveglio; sono stato informato inoltre sull'impossibilità di condurre auto-motoveicoli e sul divieto di osservare condotte che richiedano una particolare attenzione nelle 12 ore successive alla procedura. Sono stato avvisato che, se sottoposto a sedo/analgesia, potrò lasciare l'ambulatorio solo se accompagnato da un adulto.

ADESIONE ALLA PROCEDURA

Tutto ciò premesso, avendo compreso quanto rappresentatomi dai sanitari/dal soggetto da me delegato a ricevere le informazioni:

ACCETTO D'ESSERE SOTTOPOSTO ALLA PROCEDURA PROPOSTA COMPRESA OGNI MANOVRA CONNESSA E COMPLEMENTARE

Firma del paziente

Firma dell'esercente la patria potestà o del tutore

Firma dell'eventuale testimone

Firma dell'interprete/delegato (il quale attesta di aver ricevuto tutte le informazioni di cui sopra e di averle trasmesse al paziente)

DICHIARAZIONE DEL MEDICO

Io sottoscritto Dott./Prof confermo, contestualmente alla firma del paziente, che lo stesso ha interamente compreso tutto quanto sopra esposto.

Firma leggibile del medico che ha informato il paziente.....

Data

RIFIUTO CONSAPEVOLE

Avendo compreso contenuti e finalità delle informazioni fornite, non acconsento a sottopormi alla procedura proposta.

Firma del paziente Data