



Copia per il paziente

**Foglio informativo per l'atto sanitario:  
COLONSCOPIA – POLIPECTOMIA****Specialità: Gastroenterologia**

La COLONSCOPIA è un esame diagnostico e/o terapeutico che consente al medico di vedere all'interno del grosso intestino (colon). Si esegue con l'ausilio di uno strumento flessibile, il colonscopio, dotato di una telecamera e di una luce propria per illuminare l'interno dei visceri da esplorare, che è introdotto dall'ano e che consente di esplorare tutto il grosso intestino.

La 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. In alcuni casi la polipectomia può essere effettuata senza far uso di corrente diatermica (cosiddetta tecnica "a freddo").

**Indicazione dell'atto sanitario**

Il medico con l'introduzione del colonscopio ha una visione nitida e precisa del vostro intestino (se la preparazione è stata correttamente effettuata): questo gli consente di individuare la presenza di alterazioni della mucosa. La colonscopia, anche in mani esperte e in condizioni di ottima preparazione, presenta una piccola percentuale di lesioni che possono sfuggire all'indagine. Talvolta il medico potrà ritenere opportuno prelevare, nel corso dell'esame, piccoli frammenti di tessuto (biopsie), che sono successivamente inviati al laboratorio per l'esame istologico. Il prelievo di tali frammenti è del tutto indolore. Tale metodica è utile in molti casi di malattie infiammatorie o infettive dell'intestino e non solo quando vi sia il sospetto di tumore. La colonscopia, oltre a fare diagnosi, consente anche il trattamento di alcune lesioni, come i polipi intestinali. I polipi sono rilevatezze della mucosa intestinale, di natura per lo più benigna, tutt'altro che infrequenti dopo i 50 anni, che possono essere asportati durante la colonscopia con diverse tecniche di resezione (polipectomia semplice o mucosectomia). A tale scopo si utilizza un bisturi elettrico per l'endoscopia, che in modo indolore elimina il polipo bruciandone la base. Il materiale così prelevato viene inviato per l'esame istologico.

**Consigli per la preparazione all'esame**

La colonscopia deve essere preceduta da un'adeguata preparazione poiché l'intestino può essere valutato accuratamente solo in assenza di feci. È importante attenersi scrupolosamente alle indicazioni che vi saranno date per la pulizia dell'intestino, in caso contrario l'esame non potrà essere effettuato. Si raccomanda di osservare il digiuno ai solidi per almeno 6 ore e ai liquidi chiari per almeno 2 ore precedenti l'esame endoscopico.

**Modalità di esecuzione**

Dopo aver acquisito il consenso del paziente, si posiziona un accesso venoso periferico e si monitorizzano la frequenza cardiaca, la saturazione d'ossigeno del sangue e la pressione arteriosa. La durata dell'esame è variabile e provoca solitamente modesto dolore legato soprattutto all'immissione di aria attraverso l'endoscopio, allo scopo di distendere le pareti dell'intestino per esplorarlo meglio. L'esame può essere più fastidioso in caso di intestino molto lungo o in presenza di aderenze formatesi dopo interventi chirurgici sull'addome.

**Sedo-analgesia procedurale**

Per limitare il disagio e il possibile dolore generalmente si esegue una sedo-analgesia. In questa fase Lei sarà leggermente sedato ma in grado di rispondere agli stimoli tattili e verbali. I farmaci utilizzati sono ansiolitici (benzodiazepine) e analgesici (oppioidi di sintesi), somministrati gradualmente per via endovenosa. La procedura, sia in sedazione che non, viene eseguita sotto costante monitoraggio delle funzioni cardiovascolari del paziente. La sedazione può essere gravata, come qualsiasi atto medico, da rare complicanze quali reazioni allergiche, disturbi cardiovascolari o respiratori che

Data redazione	Redatto da	Revisione	Data approvazione	Approvato da	Pagina
23/07/2009	UO Endoscopia	08	08/04/2021	UO Risk Management	1 di 8

possono essere contrastati con gli antagonisti specifici dei farmaci utilizzati. Nel caso in cui Le siano stati somministrati dei farmaci sedativi non potrà allontanarvi dalla struttura sanitaria, fino alla completa scomparsa degli effetti della sedazione e sarà controindicata la guida di veicoli per il resto della giornata; per tale motivo è indispensabile venire sempre accompagnati da una persona consapevole che abbia cura di lei, è altresì sconsigliato prendere decisioni importanti, firmare documenti, svolgere attività potenzialmente pericolose nelle 24 ore successive alla sedoanalgesia.

### Rischi e complicanze di una colonscopia

Le principali complicanze di una colonscopia diagnostica sono rappresentate da:

- **Complicanze cardiorespiratorie e circolatorie**

Sono estremamente rare (0,9%), per lo più legate alla sedazione e sono rappresentate da calo di ossigeno nel sangue, arresto respiratorio, infarto miocardico e shock.

- **Emorragia**

Associata in genere a procedure terapeutiche, molto raramente si può verificare anche in corso di procedure diagnostiche (0,3 - 6,1%). 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%)**

La perforazione in corso di una colonscopia diagnostica può essere conseguenza di traumi causati dallo strumento o dalla pressione del gas insufflato (baro - trauma). In alcuni casi, quando la perforazione è di piccole dimensioni e sia diagnosticata nel corso dell'esame stesso, è possibile effettuare un tentativo di trattamento endoscopico. Quando la perforazione è di maggiori dimensioni o qualora il trattamento endoscopico risulti inefficace, è indicato il trattamento chirurgico.

- **Infezioni**

Dopo la colonscopia, con o senza biopsie si può manifestare una transitoria immissione di batteri nel sangue (batteriemia). Ciò avviene approssimativamente nel 4% delle procedure con una percentuale che va dallo 0% al 25%. Segni o sintomi di infezioni sono rari. Pertanto, per i pazienti che si sottopongono a colonscopia, non è raccomandata una profilassi antibiotica.

- **Esplosione da gas**

E' un evento rarissimo, conseguente a preparazioni intestinali a base di mannitolo o sorbitolo e al concomitante utilizzo di fonti di corrente (es.: polipectomia, APC, ecc.).

- **Miscellanea**

Complicanze rarissime della colonscopia includono: rottura della milza, appendicite acuta, diverticolite, enfisema sottocutaneo e lacerazione dei vasi mesenterici con emorragia intra-addominale.

### Rischi e complicanze di una polipectomia

Le complicanze di una polipectomia 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 (per esempio posizionamento di clip) può essere risolutivo. Qualora il trattamento endoscopico risulti inefficace o non possibile, è indicato il trattamento chirurgico.

Data redazione	Redatto da	Revisione	Data approvazione	Approvato da	Pagina
23/07/2009	UO Endoscopia	08	08/04/2021	UO Risk Management	2 di 8



- **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 sino a 7 - 30 giorni dopo la procedura. Il ricorso alla chirurgia è raro.

- **Ustione trans-murale (0,003 - 0,1%)**

E' 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%.

### Rimozione di corpi estranei

In corso di esame è possibile la rimozione di corpi estranei ritenuti nel lume intestinale in seguito a particolari procedure diagnostiche (per es. videocapsula) o introdotti dal paziente accidentalmente o volontariamente. All'occorrenza possono essere utilizzati vari tipi di accessori: pinze da recupero, anse da polipectomia o accessori dedicati quali appositi cestelli o tripodi (pinza a tre branche). La manovra consiste nel afferrare il corpo estraneo preferibilmente in una delle sue estremità ed estrarlo delicatamente. I corpi estranei possono determinare occlusione intestinale. La complicanza più temuta è la perforazione, che dipende dal tipo di oggetto e dalla modalità di inserimento, traumatica o meno. Particolare attenzione deve essere posta nella gestione dei corpi estranei contenenti droghe (ovuli, condom); infatti la eventuale rottura durante le manovre di rimozione può portare all'assorbimento delle droghe (overdose) con rischio di morte.

### Alternative alla colonscopia

Altre indagini che, oltre all'endoscopia, esplorano il colon sono il clisma opaco, la colon TC (colonscopia virtuale) che hanno una minore accuratezza diagnostica. Nessuna di queste metodiche consente l'integrazione di procedure aggiuntive, come le biopsie e eventuali trattamenti terapeutici.

### Bibliografia

1. Legge 22 dicembre 2017, n. 219 Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento. (GU n.12 del 16-1-2018)
2. Informed consent for GI endoscopy. Standards of Practice Committee, Zuckerman MJ, Shen B, Harrison ME 3rd, Baron TH, Adler DG, Davila RE, Gan SI, Lichtenstein DR, Qureshi WA, Rajan E, Fanelli RD, Van Guilder T. Gastrointest Endosc. 2007 Aug;66(2):213-8
3. Combined written and oral information prior to gastrointestinal endoscopy compared with oral information alone: a randomized trial. Felley C, Perneger TV, Goulet I, Rouillard C, Azar-Pey N, Dorta G, Hadengue A, Frossard JL. BMC Gastroenterol. 2008 Jun 3;8:22
4. Linee Guida sulla sedazione in Endoscopia Digestiva SIED 2006
5. ASGE Standards of Practice Committee Gastrointest Endosc. 2017 Jan;85(1):22-31. doi:10.1016/j.gie.2016.06.013. Epub 2016 Jun 30. Review
6. Colorectal polypectomy and endoscopic mucosal resection (EMR): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline 2017

Le informazioni contenute nel presente foglio informativo sono state oggetto di un colloquio fra il medico proponente/esecutore ed il paziente (ovvero il legale rappresentante).

Data redazione	Redatto da	Revisione	Data approvazione	Approvato da	Pagina
23/07/2009	UO Endoscopia	08	08/04/2021	UO Risk Management	3 di 8



Copia per la documentazione

**Foglio informativo per l'atto sanitario:  
COLONSCOPIA - POLIPECTOMIA****Specialità: Gastroenterologia**

La COLONSCOPIA è un esame diagnostico e/o terapeutico che consente al medico di vedere all'interno del grosso intestino (colon). Si esegue con l'ausilio di uno strumento flessibile, il colonscopio, dotato di una telecamera e di una luce propria per illuminare l'interno dei visceri da esplorare, che è introdotto dall'ano e che consente di esplorare tutto il grosso intestino.

La 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. In alcuni casi la polipectomia può essere effettuata senza far uso di corrente diatermica (cosiddetta tecnica "a freddo").

**Indicazione dell'atto sanitario**

Il medico con l'introduzione del colonscopio ha una visione nitida e precisa del vostro intestino (se la preparazione è stata correttamente effettuata): questo gli consente di individuare la presenza di alterazioni della mucosa. La colonscopia, anche in mani esperte e in condizioni di ottima preparazione, presenta una piccola percentuale di lesioni che possono sfuggire all'indagine. Talvolta il medico potrà ritenere opportuno prelevare, nel corso dell'esame, piccoli frammenti di tessuto (biopsie), che sono successivamente inviati al laboratorio per l'esame istologico. Il prelievo di tali frammenti è del tutto indolore. Tale metodica è utile in molti casi di malattie infiammatorie o infettive dell'intestino e non solo quando vi sia il sospetto di tumore. La colonscopia, oltre a fare diagnosi, consente anche il trattamento di alcune lesioni, come i polipi intestinali. I polipi sono rilevatezze della mucosa intestinale, di natura per lo più benigna, tutt'altro che infrequenti dopo i 50 anni, che possono essere asportati durante la colonscopia con diverse tecniche di resezione (polipectomia semplice o mucosectomia). A tale scopo si utilizza un bisturi elettrico per l'endoscopia, che in modo indolore elimina il polipo bruciandone la base. Il materiale così prelevato viene inviato per l'esame istologico.

**Consigli per la preparazione all'esame**

La colonscopia deve essere preceduta da un'adeguata preparazione poiché l'intestino può essere valutato accuratamente solo in assenza di feci. È importante attenersi scrupolosamente alle indicazioni che vi saranno date per la pulizia dell'intestino, in caso contrario l'esame non potrà essere effettuato. Si raccomanda di osservare il digiuno ai solidi per almeno 6 ore e ai liquidi chiari per almeno 2 ore precedenti l'esame endoscopico.

**Modalità di esecuzione**

Dopo aver acquisito il consenso del paziente, si posiziona un accesso venoso periferico e si monitorizzano la frequenza cardiaca, la saturazione d'ossigeno del sangue e la pressione arteriosa. La durata dell'esame è variabile e provoca solitamente modesto dolore legato soprattutto all'immissione di aria attraverso l'endoscopio, allo scopo di distendere le pareti dell'intestino per esplorarlo meglio. L'esame può essere più fastidioso in caso di intestino molto lungo o in presenza di aderenze formatesi dopo interventi chirurgici sull'addome.

**Sedo-analgesia procedurale**

Per limitare il disagio e il possibile dolore generalmente si esegue una sedo-analgesia. In questa fase Lei sarà leggermente sedato ma in grado di rispondere agli stimoli tattili e verbali. I farmaci utilizzati sono ansiolitici (benzodiazepine) e analgesici (oppioidi di sintesi), somministrati gradualmente per via endovenosa. La procedura, sia in sedazione che non, viene eseguita sotto costante monitoraggio delle funzioni cardiovascolari del paziente. La sedazione può essere gravata, come qualsiasi atto medico, da rare complicanze quali reazioni allergiche, disturbi cardiovascolari o respiratori che

Data redazione	Redatto da	Revisione	Data approvazione	Approvato da	Pagina
23/07/2009	UO Endoscopia	08	08/04/2021	UO Risk Management	4 di 8



possono essere contrastati con gli antagonisti specifici dei farmaci utilizzati. Nel caso in cui Le siano stati somministrati dei farmaci sedativi non potrà allontanarvi dalla struttura sanitaria, fino alla completa scomparsa degli effetti della sedazione e sarà controindicata la guida di veicoli per il resto della giornata; per tale motivo è indispensabile venire sempre accompagnati da una persona consapevole che abbia cura di lei, è altresì sconsigliato prendere decisioni importanti, firmare documenti, svolgere attività potenzialmente pericolose nelle 24 ore successive alla sedoanalgesia.

### Rischi e complicanze di una colonscopia

Le principali complicanze di una colonscopia diagnostica sono rappresentate da:

- **Complicanze cardiorespiratorie e circolatorie**

Sono estremamente rare (0,9%), per lo più legate alla sedazione e sono rappresentate da calo di ossigeno nel sangue, arresto respiratorio, infarto miocardico, e shock.

- **Emorragia**

Associata in genere a procedure terapeutiche, molto raramente si può verificare anche in corso di procedure diagnostiche (0,3 - 6,1%). 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%)**

La perforazione in corso di una colonscopia diagnostica può essere conseguenza di traumi causati dallo strumento o dalla pressione del gas insufflato (baro - trauma). In alcuni casi, quando la perforazione è di piccole dimensioni e sia diagnosticata nel corso dell'esame stesso, è possibile effettuare un tentativo di trattamento endoscopico. Quando la perforazione è di maggiori dimensioni o qualora il trattamento endoscopico risulti inefficace, è indicato il trattamento chirurgico.

- **Infezioni**

Dopo la colonscopia, con o senza biopsie si può manifestare una transitoria immissione di batteri nel sangue (batteriemia). Ciò avviene approssimativamente nel 4% delle procedure con una percentuale che va dallo 0% al 25%. Segni o sintomi di infezioni sono rari. Pertanto, per i pazienti che si sottopongono a colonscopia, non è raccomandata una profilassi antibiotica.

- **Esplosione da gas**

E' un evento rarissimo, conseguente a preparazioni intestinali a base di mannitolo o sorbitolo e al concomitante utilizzo di fonti di corrente (es.: polipectomia, APC, ecc.).

- **Miscellanea**

Complicanze rarissime della colonscopia includono: rottura della milza, appendicite acuta, diverticolite, enfisema sottocutaneo e lacerazione dei vasi mesenterici con emorragia intra-addominale.

### Rischi e complicanze di una polipectomia

Le complicanze di una polipectomia 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 (per esempio posizionamento di clip) può essere risolutivo. Qualora il trattamento endoscopico risulti inefficace o non possibile, è indicato il trattamento chirurgico.

Data redazione	Redatto da	Revisione	Data approvazione	Approvato da	Pagina
23/07/2009	UO Endoscopia	08	08/04/2021	UO Risk Management	5 di 8

- **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 sino a 7 - 30 giorni dopo la procedura. Il ricorso alla chirurgia è raro.

- **Ustione trans-murale (0,003 - 0,1%)**

E' 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%.

### **Rimozione di corpi estranei**

In corso di esame è possibile la rimozione di corpi estranei ritenuti nel lume intestinale in seguito a particolari procedure diagnostiche (per es. videocapsula) o introdotti dal paziente accidentalmente o volontariamente. All'occorrenza possono essere utilizzati vari tipi di accessori: pinze da recupero, anse da polipectomia o accessori dedicati quali appositi cestelli o tripodi (pinza a tre branche). La manovra consiste nel afferrare il corpo estraneo preferibilmente in una delle sue estremità ed estrarlo delicatamente. I corpi estranei possono determinare occlusione intestinale. La complicanza più temuta è la perforazione, che dipende dal tipo di oggetto e dalla modalità di inserimento, traumatica o meno. Particolare attenzione deve essere posta nella gestione dei corpi estranei contenenti droghe (ovuli, condom); infatti la eventuale rottura durante le manovre di rimozione può portare all'assorbimento delle droghe (overdose) con rischio di morte.

### **Alternative alla colonscopia**

Altre indagini che, oltre all'endoscopia, esplorano il colon sono il clisma opaco, la colon TC (colonscopia virtuale) che hanno una minore accuratezza diagnostica. Nessuna di queste metodiche consente l'integrazione di procedure aggiuntive, come le biopsie e eventuali trattamenti terapeutici.

### **Bibliografia**

1. Legge 22 dicembre 2017, n. 219 Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento. (GU n.12 del 16-1-2018)
2. Informed consent for GI endoscopy. Standards of Practice Committee, Zuckerman MJ, Shen B, Harrison ME 3rd, Baron TH, Adler DG, Davila RE, Gan SI, Lichtenstein DR, Qureshi WA, Rajan E, Fanelli RD, Van Guilder T. Gastrointest Endosc. 2007 Aug;66(2):213-8
3. Combined written and oral information prior to gastrointestinal endoscopy compared with oral information alone: a randomized trial. Felley C, Perneger TV, Goulet I, Rouillard C, Azar-Pey N, Dorta G, Hadengue A, Frossard JL. BMC Gastroenterol. 2008 Jun 3;8:22
4. Linee Guida sulla sedazione in Endoscopia Digestiva SIED 2006
5. ASGE Standards of Practice Committee Gastrointest Endosc. 2017 Jan;85(1):22-31. doi:10.1016/j.gie.2016.06.013. Epub 2016 Jun 30. Review
6. Colorectal polypectomy and endoscopic mucosal resection (EMR): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline 2017

Le informazioni contenute nel presente foglio informativo sono state oggetto di un colloquio fra il medico proponente/esecutore ed il paziente (ovvero il legale rappresentante).

Data redazione	Redatto da	Revisione	Data approvazione	Approvato da	Pagina
23/07/2009	UO Endoscopia	08	08/04/2021	UO Risk Management	6 di 8



PAZIENTE MINORENNE

**DOCUMENTAZIONE DELLE VOLONTÀ  
ESPRESSE DAL PAZIENTE****Dati identificativi del paziente**

Cognome: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
gg / mm / aaaaLuogo di nascita: \_\_\_\_\_  
Città italiana o Stato estero**Dati identificativi dei genitori o del rappresentante legale**

Cognome: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
gg / mm / aaaaLuogo di nascita: \_\_\_\_\_  
Città italiana o Stato estero

Cognome: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
gg / mm / aaaaLuogo di nascita: \_\_\_\_\_  
Città italiana o Stato estero**Dati identificativi dell'interprete o mediatore culturale (No:  Si:  )**

Cognome: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
gg / mm / aaaaLuogo di nascita: \_\_\_\_\_  
Città italiana o Stato estero**Identificazione del medico proponente (ricovero) o esecutore (ambulatorio)**

L'atto sanitario oggetto della presente documentazione e riferito al foglio informativo sopra riportato è stato proposto da Dott./Dott.sa:

Data : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
gg / mm / aaaaFirma: \_\_\_\_\_  
Medico proponente/esecutore (matricola e firma/sigla)**Ricevuta del foglio informativo**

I sottoscritti dichiarano di avere ricevuto e compreso le informazioni contenute nel foglio informativo sopra riportato.

Data : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
gg / mm / aaaaFirma: \_\_\_\_\_  
Padre o rappresentante legaleData : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
gg / mm / aaaaFirma: \_\_\_\_\_  
Madre o rappresentante legale**Espressione della volontà**In riferimento all'atto sanitario oggetto della presente documentazione e al foglio informativo sopra riportato, i sottoscritti dichiarano di **ACCETTARE**  **RIFIUTARE**  l'atto proposto. I sottoscritti dichiarano di essere consapevoli che il consenso qui espresso può essere revocato.

Data redazione	Redatto da	Revisione	Data approvazione	Approvato da	Pagina
23/07/2009	UO Endoscopia	08	08/04/2021	UO Risk Management	7 di 8



**PAZIENTE MINORENNE**

Per le donne in età fertile, su specifica richiesta medica: **stato di gravidanza**  sì  no  non noto

Data : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
          gg / mm / aaaa

Firma: \_\_\_\_\_  
Padre o rappresentante legale

Data : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
          gg / mm / aaaa

Firma: \_\_\_\_\_  
Madre o rappresentante legale

**Autocertificazione per genitore unico**

Con la presente il sottoscritto dichiara di essere l'unico rappresentante presente/legale del minore.

Data : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
          gg / mm / aaaa

Firma: \_\_\_\_\_  
Il genitore presente o rappresentante legale

**Revoca del consenso**

In riferimento all'atto sanitario oggetto della presente documentazione per il quale è già stato espresso il consenso, i sottoscritti dichiarano di **REVOCARE** il consenso.

Data : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
          gg / mm / aaaa

Firma: \_\_\_\_\_  
Padre o rappresentante legale

Data : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
          gg / mm / aaaa

Firma: \_\_\_\_\_  
Madre o rappresentante legale

**Ricevuta della revoca**

Il sottoscritto Dott./Dott.sa dichiara di avere ricevuto la revoca del consenso all'atto sanitario oggetto della presente documentazione.

Data : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
          gg / mm / aaaa

Firma: \_\_\_\_\_  
Medico ricevente (matricola e firma/sigla)

**Fattori di rischio associati**

Indicazione delle condizioni morbose concomitanti che costituiscono fattore di rischio:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data redazione	Redatto da	Revisione	Data approvazione	Approvato da	Pagina
23/07/2009	UO Endoscopia	08	08/04/2021	UO Risk Management	8 di 8