

Foglio Informativo per il Paziente

Esame radiologico dell'esofago

Il Suo medico curante ci ha richiesto l'esecuzione di un esame radiologico dell'esofago. Vogliamo fornirLe alcune informazioni sul tipo dell'esame e sulle possibili complicazioni che nonostante tutte le precauzioni potrebbero intervenire.

Esecuzione dell'esame

L'esame dell'esofago viene eseguito da un medico radiologo in collaborazione con un tecnico di radiologia. Le verrà data da bere una sostanza liquida (il mezzo di contrasto) che serve a visualizzare il tratto in esame. Durante l'esame verranno eseguite radiografie in diverse posizioni e per questo dovrà attenersi alle indicazioni che Le saranno date dal personale (quando bere, come muoversi, quando non respirare). La Sua collaborazione è molto importante per la buona riuscita dell'esame. Le ricordiamo che gli oggetti metallici disturbano le immagini, pertanto Le chiediamo di togliere eventuali orecchini, collane, spille, medaglie e reggiseno. L'esame dura circa 15 minuti.

Controindicazioni e possibili complicanze

In caso di gravidanza accertata o sospetta La invitiamo ad informare il medico prima dell'inizio dell'esame radiologico, perché i raggi X possono essere dannosi per il feto. Per eventuali disturbi di deglutizione, il mezzo di contrasto può passare nelle vie respiratorie e renderne necessaria l'aspirazione sotto controllo broncoscopico.

Da osservare con attenzione!

Deve presentarsi digiuno all'esame (10 ore prima dell'esame non mangiare, non bere e non fumare). In caso dovesse eseguire l'esame come **paziente ambulatoriale** La preghiamo di presentarsi puntualmente presso lo sportello dell'accettazione del reparto di Radiologia. In caso fosse impedito/a a presentarsi all'esame La preghiamo di disdire l'appuntamento in tempo utile. Da portare all'esame:

- tessera sanitaria;
- impegnativa contenente l'esame e preciso quesito clinico;
- foglio informativo da **firmare dopo il colloquio informativo con il medico**;
- eventuali radiografie precedenti del tratto in esame in Suo possesso.

Krankenhaus Bozen | Tel. 0471 908494 | Fax 0471 908908 | radiologia.bz@sabes.it
Krankenhaus Brixen | Tel. 0472 813150 | Fax 0472 813159 | radio.bx@sabes.it
Krankenhaus Bruneck | Tel. 0474 581250 | Fax 0474 581251 |
roentgendiagnostik-bruneck@sabes.it
Krankenhaus Meran | Tel. 0473 263070 | Fax 0473 264684 | rad-me@sabes.it
Krankenhaus Innichen | Tel. 0474 917090 | Fax 0474 917091 |
rx_tech.inn@sabes.it
Krankenhaus Schlanders | Tel. 0473 735020 | Fax 0473 735861 |
rad-schl@sabes.it
Krankenhaus Sterzing | Tel. 0472 774412 | Fax 0472 774479 | radio.st@sabes.it
http://www.sabes.it
Firmenbezeichnung: Sanitätsbetrieb der Autonomen Provinz Bozen
St.-Nr./MwSt.-Nr. 00773750211

Ospedale Bolzano | Tel. 0471 908494 | Fax 0471 908908 | radiologia.bz@sabes.it
Ospedale Bressanone | Tel. 0472 813150 | Fax 0472 813159 | radio.bx@sabes.it
Ospedale Brunico | Tel. 0474 581250 | Fax 0474 581251 |
roentgendiagnostik-bruneck@sabes.it
Ospedale Merano | Tel. 0473 263070 | Fax 0473 264684 | rad-me@sabes.it
Ospedale di S. Candido | Tel. 0474 917090 | Fax 0474 917091 |
rx_tech.inn@sabes.it
Ospedale Silandro | Tel. 0473 735020 | Fax 0473 735861 |
rad-schl@sabes.it
Ospedale di Vipiteno | Tel. 0472 774412 | Fax 0472 774479 | radio.st@sabes.it
http://www.asdaa.it
Ragione sociale: Azienda Sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano
Cod. fisc./P. IVA 00773750211

Consenso informato

Da firmare dopo il colloquio informativo con il medico

Dichiaro di essere stato informato esaurientemente, in termini ed in modi a me comprensibili, sulla indagine radiologica in oggetto. Ho potuto porre al Medico le domande che ritenevo importanti, in particolare per quanto riguarda rischi ed eventuali complicazioni in cui posso incorrere.

Mi è stato concesso un **tempo ragionevole per la riflessione**, in seguito alla quale dichiaro di **non avere ulteriori domande**, di essere completamente d'accordo e consapevole della necessità di questo esame per la mia salute e di **sottopormi volontariamente** all'indagine radiologica in oggetto.

☐ **accetto l'indagine proposta**

☐ **rifiuto l'indagine proposta**

Data _____

Firma del Paziente

Firma del Medico
