NOTA INFORMATIVA

La defeco-RM (risonanza magnetica defecografica) è un esame di imaging dinamico, non invasivo e senza radiazioni ionizzanti, che consente lo studio simultaneo e multicompartimentale del pavimento pelvico. Grazie all'eccellente risoluzione spaziale e temporale, permette di valutare in tempo reale i movimenti e le reciproche relazioni di vescica, utero/vagina e retto durante le fasi di riposo, contrazione e svuotamento, fornendo reperti sia anatomici che funzionali.

MODALITA' DI ESECUZIONE DEL'ESAME

La procedura si esegue mediante **l'introduzione di circa 150 cc di gel acquoso** nell'ampolla rettale mediante sottile sonda rettale. Il gel ha lo scopo di distendere le pareti del retto, provocando un'espulsione dello stesso per simulare la defecazione naturale. La metodica in RM prevede la possibilità di effettuare l'esame in posizione supina (con le gambe un po' piegate ed appoggiate su un supporto bloccato in fondo al lettino in modo da consentire un aiuto durante la spinta). L'esame prevede due fasi:

- la prima è statica: il paziente deve rimanere fermo nella posizione indicata dall'operatore;
- la seconda è dinamica: l'operatore, tramite un microfono, chiederà al paziente, prima, di contrarre l'ano e poi di spingere come se dovesse andare di corpo, poi di evacuare cercando di espellere il gel.

La durata dell'esame è di circa 20-30 minuti.

PREPARAZIONE

La sera prima dell'esame, il paziente deve effettuare un piccolo clistere evacuativo (Clismafleet/Clismalax) che sarà ripetuto il mattino stesso dell'esame. Per avere una distensione vescicale consona è necessario che il paziente non abbia urinato nelle due ore precedenti all'esecuzione dell'indagine.

ESPRESSIONE DEL CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto/a_____ nata/o a _____ il_____ ,

DICHIARO

- di non essere in stato di gravidanza certa o presunta;
- di aver palesato, senza riserve, il proprio stato di salute, onde permettere al medico di valutare eventuali contro - indicazioni o incidenze specifiche di complicanze ed effetti collaterali;
- di non essere affetta da infezioni o infiammazioni dell'apparato genito-urinario e della pelvi in generale;
- essere stata ben informata sui controlli da effettuare, le misure igieniche, le prescrizioni da seguire a domicilio, che non ci sono alternative diagnostiche sull'esame proposto, i relativi rischi e le complicanze;
- di ☐ essere ☐ non essere allergica: in caso di allergie si prega di indicare esattamente quali:
- di aver ricevuto e compreso tutte le informazioni relative alle mie condizioni cliniche e alla procedura proposta;
- di aver avuto la possibilità di porre domande e di aver ricevuto risposte chiare ed esaurienti da parte del personale medico;
- di essere consapevole che il presente consenso potrà essere revocato in qualsiasi momento prima o durante l'esame, purché l'interruzione sia tecnicamente possibile e avvenga in condizioni di totale sicurezza per la mia salute.

Valutate le informazioni ricevute: ☐ **ACCONSENTO** ☐ **NON ACCONSENTO**

all'esecuzione della procedura proposta, incluse le manovre complementari ritenute necessarie dal medico nell'interesse della mia salute.

Data _____ Firma del Paziente_____

*__In Caso di paziente Minorenne o di persona incapace di esprimere il proprio consenso__

Nome e cognome del **Genitore 1 /tutore** _____ Nome e Cognome del **Genitore 2** _____

Firma del Genitore 1 /tutore _____ Firma Genitore 2_____

In caso di firma di un solo genitore, ci si dichiara consapevoli delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR245/2000, e si DICHIARA di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Nome, cognome e firma dell'eventuale **mediatore culturale**: _____

FIRMA DEL MEDICO RESPONSABILE DELL'ESAME _____