



Esame Rx per transito intestinale

La radiografia dei tempi di transito intestinale è un esame radiografico per lo studio e la diagnosi della stipsi cronica, un problema che si presenta più spesso nelle donne. Quando esiste il sospetto che la stipsi possa essere causata da un rallentamento della peristalsi, ovvero i movimenti involontari dell'intestino che favoriscono il passaggio intestinale delle feci, la radiografia dei tempi di transito aiuta a valutare la presenza di anomalie (intestino pigro). Come ogni altra radiografia, **l'esame dei tempi di transito intestinale prevede l'uso di radiazioni ionizzanti che oggi sono a basso dosaggio.**

E' necessaria una preparazione?

E' una semplice serie di radiografie dell'addome che vengono acquisite in giorni successivi; non richiede alcuna preparazione.

Al Paziente viene richiesto di ingerire alcuni markers radiopachi delle dimensioni di una compressa secondo le modalità comunicate dal personale TSRM in occasione della prima radiografia dell'esame. Vengono poi acquisite altre 4-5 radiografie nei giorni successivi valutando il numero dei marker non eliminati e la loro posizione che può dipendere da che tipo di patologia è affetto il Paziente.

A che cosa serve l'esame?

Grazie a questo esame è possibile valutare e identificare la presenza di stitichezza cronica da defecazione ostruita (stipsi rettale) e da transito rallentato (stipsi intestinale), e indicare il percorso di trattamento che può essere chirurgico oppure riabilitativo del pavimento pelvico.



Ci sono controindicazioni?

L'esame è controindicato solo in caso di gravidanza per l'uso di radiazioni ionizzanti.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Io Sottoscritto/a dichiaro di aver correttamente inteso quanto illustrato e accetto di sottopormi all'esame con somministrazione di mezzo di contrasto. Mi è stato spiegato che tale indagine, come accade per tutte le discipline mediche, non è esente da complicanze anche se attuata con perizia, diligenza e prudenza. Tali complicanze possono assai raramente ed imprevedibilmente risultare letali (circa 1 caso su 200.000 iniezioni). Preso atto della situazione illustrata, accetto le procedure necessarie e confermo di aver avuto risposte esaurienti.

Data..... Firma del paziente
tutore

Preso atto e verificato direttamente dal paziente di quanto riportato e sottoscritto

DATA.....

Timbro e firma del Medico Radiologo : Dr

REVOCA DEL CONSENSO

Il Sottoscritto.....
in data dichiara di revocare il consenso, avendo ricevuto dai sanitari informazioni sulle conseguenze di tale decisione e sulle possibili alternative.

Data..... Firma del paziente
tutore

DATA.....

Timbro e firma del Medico Radiologo : Dr