



U.O.C. di GASTROENTEROLOGIA ed ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Direttore: Dott. E. CILIBERTO

**COLANGIOGRAFIA E PANCREATOGRAFIA
RETROGRADA ENDOSCOPIA (CPRE)**

Io sottoscritto / a _____
esprimo con la presente il mio formale consenso ad essere sottoposto a Colangiografia e Pancreatografia Retrograda Endoscopica (CPRE).

Dichiaro di essere stato informato in modo chiaro e comprensibile dai medici del reparto circa la natura della mia patologia e sulla necessità dell'atto diagnostico ed eventualmente terapeutico.

Sono a conoscenza del fatto che ogni intervento medico, anche se eseguito con massima cura e competenza, comporta un rischio inevitabile.

In particolare mi è stato spiegato che anche il solo esame diagnostico può provocare delle complicanze.

Esse sono rappresentate soprattutto da emorragie, perforazioni e Pancreatite Acuta (quest'ultima nel 2-6% dei casi, così come riportate in letteratura).

Inoltre l'atto terapeutico endoscopico, cioè la sfinterotomia endoscopica della papilla di Vater, che consiste in una apertura dello sbocco del coledoco in duodeno, con eventuale asportazioni di calcoli o applicazione di un drenaggio, può comportare un ulteriore rischio di complicanze.

Queste complicanze vengono risolte nella quasi totalità dei casi con terapia medica conservativa.

Solo in caso di gravi effetti collaterali può rendersi necessario un intervento chirurgico urgente.

Ho avuto modo di porre tutte le domande che ho ritenuto opportuno ed ho ottenuto delle risposte che mi hanno pienamente soddisfatto.

Acconsento che, qualora durante l'esame si verificano condizioni di necessità, l'operatore possa prendere, a sua discrezione, decisioni diagnostiche e terapeutiche diverse da quelle previste.

Crotone, li _____

Firma