


<p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Pavia</p>	<p><b>SCHEDA INFORMATIVA DI ACCOMPAGNAMENTO AL MODULO DI CONSENSO ALLA PROCEDURA: MANOMETRIA ANO-RETTALE</b></p> <p>OSI16.193.DSC01_CHIRU</p>	<p>Ed. 1 Rev. 0</p> <p>2022</p>
--	---	-------------------------------------

U.O. Chirurgia Generale – Ambulatorio di Proctologia  
Sede Ospedale di Stradella  
☎ 0385/582232

**Gentile signora /Egregio signore**

Questo documento contiene le informazioni necessarie alla comprensione del trattamento sanitario proposto: **MANOMETRIA ANO-RETTALE**

La Manometria Ano-rettale è l'indagine che permette di valutare l'efficienza degli sfinteri anali, dell'ampolla rettale e di parte dei meccanismi di defecazione.

- **IN COSA CONSISTE L'ESAME**

Consiste nell'introduzione per via rettale di un sondino di piccolo diametro collegato ad un palloncino, che viene gonfiato per valutare la capacità e sensibilità rettale.

Non essendo un esame doloroso, ed essendo necessaria la collaborazione del paziente, non è necessaria alcuna sedazione.

Poiché l'introduzione della sonda viene praticata dall'operatore senza visione diretta della zona rettale, è utile avere la conoscenza anamnestica di qualsiasi anomalia anatomica già nota dal paziente anche tramite la consegna degli eventuali referti di esami precedenti (Rx, Risonanza magnetica, endoscopia, ecc.). Dopo l'esame il paziente può riprendere la sua normale attività quotidiana.

- **PREPARAZIONE ALL'ESAME**

Per eseguire la Manometria Ano-rettale è raccomandata:

- astensione dal cibo da almeno 4 ore, si possono assumere le normali terapie.
- praticare un piccolo clistere (Clisma Fleet) almeno 4 ore prima del test (è utile che lo esegua anche se è portatore di colostomia )

- **COMPLICANZE**

L'esame è generalmente molto sicuro, ma può essere gravato da rare e non prevedibili complicanze (per esempio crisi vagali oppure perforazioni) per le quali, comunque, verrebbero prestate tutte le cure possibili.

È IMPORTANTE SEGNALARE AL MOMENTO DELLA PRENOTAZIONE EVENTUALE ALLERGIA AL LATTICE

I\_ sottoscritt\_.....

- Paziente
- Rappresentante legale/ Genitori del paziente esercenti la potestà genitoriale

Generalità del paziente (se la firma è apposta da altro soggetto sopracitato):.....

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Firma per presa visione**

\_\_\_\_\_