

Via Moisè di Gaio, 5 - 02100 RIETI (RI)

Cod. Fisc. 00557380573 - P. IVA 00922840574



Versione Italiana

Certificazione Internazionale: ISO 9001:2025 (Quality Austria nr. 21807/0)

0. Premessa e Scopo Operativo

La Società Italiana Servizi Sanitari a r.l. (SISS) formalizza e diffonde mediante il presente protocollo le note obbligatorie di preparazione clinica e i correlati moduli di consenso per le prestazioni di diagnostica strumentale erogate presso il centro. Questo testo garantisce la sicurezza del paziente, l'accuratezza nell'acquisizione dei dati clinici e il pieno rispetto della normativa in materia di accreditamento istituzionale e trasparenza delle cure.

1. Quadro Normativo di Riferimento

I protocolli di preparazione clinica e i formulari di espressione del consenso sono conformi alla legislazione vigente:

Legge 219/2017 (Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento): Art. 1, che stabilisce che nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata.

Legge 24/2017 (Legge Gelli-Bianco) - Art. 15: Dispone la tracciabilità delle attività sanitarie e correla la corretta preparazione ed informazione del paziente alla prevenzione complessiva del rischio clinico.

Regolamento UE 2016/679 (GDPR) - Artt. 6 e 9: Prescrive le tutele per il trattamento dei dati personali particolari (sanitari) raccolti all'atto della compilazione dei moduli clinici.

Norma Internazionale ISO 9001:2025: Requisiti relativi al controllo delle informazioni fornite all'utenza per assicurare la qualità e la conformità delle prestazioni erogate (Certificato Quality Austria nr. 21807/0).

2. Note Tecniche e Preparazione Clinica per Branca Specialistica

Al fine di garantire l'attendibilità e la validità diagnostica degli esami eseguiti dai medici del centro (Dott. Francesco Trabattoni, Dott. Domenico Mareri, Dott. Claudio Castagnoli, Dott. Stefano Santoprete), il paziente è tenuto a osservare rigorosamente le seguenti note preparatorie.

2.1 Ecografia (Ecografia Addominale Completa / Superiore / Inferiore)

Preparazione Alimentare: Nei 3 giorni precedenti l'esame, evitare l'assunzione di cibi che favoriscono il meteorismo intestinale (legumi, verdure a foglia larga, bevande gassate, formaggi stagionati, pane e pasta in grandi quantità). Il giorno antecedente l'esame è consigliata una dieta leggera.

Digiuno: È richiesto il digiuno assoluto da cibi solidi e bevande (esclusa l'acqua naturale) da almeno 6 ore prima dell'esecuzione dell'esame.

Idratazione (Solo per Ecografia Addome Inferiore / Pelvica / Prostatica Transaddominale): Finire di bere 1 litro di acqua naturale non gassata circa 1 ora prima dell'esame e trattenere le urine. L'esame deve essere eseguito a vescica confortevolmente piena.

Terapie Croniche: Non sospendere l'assunzione di farmaci salvavita o terapie croniche quotidiane, che possono essere assunti con un sorso d'acqua.

2.2 Ecodoppler (Ecodoppler Tronchi Sovraortici - TSA / Arterioso / Venoso)

Preparazione Generale: L'esame ecodoppler non richiede digiuno o preparazioni alimentari specifiche.

Abbigliamento e Presidi: Si raccomanda di indossare indumenti comodi e facili da rimuovere per consentire l'accesso agevole dello specialista (Dott. Domenico Mareri) alle zone anatomiche da esaminare (collo, arti superiori o inferiori). Non applicare creme, lozioni o oli cosmetici sulla cute delle aree interessate nelle 12 ore precedenti l'esame.

Documentazione: Portare in visione eventuali esami ecodoppler pregressi o relazioni cliniche di chirurgia vascolare.

2.3 Elettromiografia (EMG) ed Elettroencefalografia (ENG)

Cura della Cute: Nel giorno dell'esame è tassativamente vietato applicare creme, oli corporali, unguenti o pomate su arti superiori e inferiori. La cute deve essere perfettamente pulita per non ostacolare la conducibilità elettrica degli elettrodi di superficie.

Gestione Terapie Farmacologiche (Fondamentale):

- Informare tempestivamente il medico (Dott. Claudio Castagnoli) se si è in terapia con farmaci anticoagulanti orali (es. Coumadin, Sintrom, NAOC/DOAC).
- Informare lo specialista in caso di assunzione di farmaci per la Miastenia Gravis (es. Mestinon), i quali, su indicazione del medico curante, potrebbero richiedere una sospensione temporanea.

Presidi Medici: Segnalare obbligatoriamente la presenza di pacemaker cardiaci, stimolatori neurologici o defibrillatori impiantabili (ICD).

Temperatura Corporea: Gli arti da esaminare non devono essere eccessivamente freddi; in inverno, il paziente verrà invitato a sostare in sala d'attesa per acclimatarsi prima dell'accesso.

3. Formulario Unificato di Consenso Informato alla Diagnostica Strumentale

ID Paziente: _____ Data di Compilazione: ____/____/____

Nome e Cognome del Paziente: _____

Nato/a il: ____/____/____ Codice Fiscale: _____

PRESTAZIONE SANITARIA PRENOTATA ED IN VIA DE ERGOGAZIONE:

☐ Ecografia ☐ Ecodoppler ☐ Elettromiografia (EMG) ☐ Elettroencefalografia (ENG)

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere stato/a adeguatamente informato/a dal medico operante in merito alle caratteristiche dell'esame strumentale, in particolare:

1. NATURA E MODALITÀ DELL'ESAME

- Per Ecografia/Ecodoppler: metodiche non invasive che utilizzano ultrasuoni.
- Per Elettromiografia/Elettroencefalografia: esame che prevede l'applicazione di stimoli elettrici superficiali e l'uso di piccoli elettrodi ad ago monouso inseriti nei muscoli, comportando un lieve e transitorio fastidio localizzato.

2. AVVERTENZE E CONDIZIONI PARTICOLARI DEL PAZIENTE (Selezionare i campi pertinenti)

- ☐ Dichiaro di NON essere portatore di Pacemaker o Defibrillatori cardiaci (ICD).
- ☐ Dichiaro di NON essere affetto da patologie della coagulazione (Emofilia, ecc.).
- ☐ Dichiaro di NON assumere farmaci anticoagulanti (es. Coumadin, Tao, Eliquis, Xarelto).
- ☐ (Per le donne) Dichiaro di ☐ STATO DI GRAVIDANZA ACCERTATO ☐ NON IN GRAVIDANZA

3. ESPRESSIONE DEL CONSENSO SANITARIO

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver compreso le spiegazioni fornite, di aver rispettato le note di preparazione clinica prescritte e di aver avuto la possibilità di porre domande chiarificatrici. Pertanto:

☐ ACCONSENTE ☐ NON ACCONSENTE

Liberamente all'esecuzione della prestazione diagnostica strumentale sopra indicata.

Firma del Paziente (o Legale Rappresentante): _____

Firma del Medico Esecutore dell'Esame: _____