



Struttura Complessa di Radiologia Diagnostica ed Interventistica

Modulo per Medico Richiedente

COLONSCOPIA VIRTUALE

PAZIENTE	DATA ESAME
DATA DI NASCITA	MEDICO INVIANTE
TELEFONO	

ANAMNESI PAZIENTE (soprattutto per patologia oncologica)	SI	NO	NOTE
	SEDE		

INDICAZIONE A

Colonscopia convenzionale. incompleta	Colonscopia convenzionale rifiuto
--------------------------------------------------	----------------------------------------------

INDICAZIONE B

1 Rettorragia Ematochezia	2 Alvo irregolare Dolore addominale	3 Famigliarità	4 Follow-up per polipi/ neoplasia	5 Anemia Sangue occulto nelle feci	6 malattia infiammatoria cronica (IBD)	7 Sub. Occlusione	8 Sospetto Polipo	9 Altro
---------------------------------	-------------------------------------------------	-------------------	--------------------------------------------	------------------------------------------------	----------------------------------------------------	-------------------------	-------------------------	------------

PRECEDENTE COLONSCOPIA CONVENZIONALE

SI

NO

DATA _____

Segmento raggiunto

1 Cieco	2 Ascendente	3 Traverso	4 Discendente	5 Sigma	6 Retto
------------	-----------------	---------------	------------------	------------	------------

Ragione non completamento

1 Dolore	2 Scarsa Toilette	3 Rischio	4 Dolico colon	5 Stenosi
-------------	----------------------	--------------	-------------------	--------------

Diagnosi o referto

1 Norma	2 Polipo	3 diverticolosi/ite	4 Tumore	5 IBD	6 Proctite	7 Sub-stenosi
------------	-------------	------------------------	-------------	----------	---------------	------------------



Struttura Complessa di Radiologia Diagnostica ed Interventistica
Colonscopia virtuale
**Dichiarazione di avvenuta informazione ed espressione
di consenso**

Il sottoscritto _____

- Per sé medesimo
- In qualità di rappresentante legale (genitore, tutore, amministratore di sostegno): _____

informato/a dell'indicazione all'indagine e degli eventuali rischi o complicazioni ad essa connesse, **ACCONSENTE** ad eseguire la **colonscopia virtuale**.

Aosta, data: _____

(firma del dichiarante o del legale rappresentante)

(firma del Medico Radiologo)