

CONSENSO INFORMATO

ESAME CISTOURETROGRAFICO

INFORMAZIONI

Gentilissimo/a Signor/Signora

Questo documento ha lo scopo di informarla sul trattamento sanitario che le viene proposto. Con la firma del presente modulo Lei dichiara di avere compreso le modalità di effettuazione del presente esame e le sue eventuali se pur rare complicanze e di accettare di sottoporsi a tale indagine,

Allo scopo di decidere sull'ulteriore iter clinico e terapeutico, Le viene proposto questo **esame cistouretrografico**, in una delle sue possibili varianti:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> URETROCISTOGRAFIA RETROGRADA E MINZIONALE | <input type="checkbox"/> CISTOGRAFIA MINZIONALE |
| <input type="checkbox"/> URETROCISTOGRAFIA | <input type="checkbox"/> URETROCISTOGRAFIA MINZIONALE |
| <input type="checkbox"/> CISTOGRAFIA | <input type="checkbox"/> URETROGRAFIA MINZIONALE |

La differenza fra le varie tecniche si riferisce al particolare distretto che viene indagato (uretra e/o vescica) oppure al fatto che venga richiesto anche lo studio della fase minzionale.

Modalità di svolgimento, sede e durata dell'intervento

E' un esame che sfrutta i raggi X per lo studio della vescica e dell'uretra; permette di visualizzare patologie o disfunzioni delle basse vie urinarie. L'esame richiede l'impiego di un mezzo di contrasto organo-iodato che viene iniettato in vescica mediante un catetere posizionato temporaneamente in uretra oppure in vescica.

dopo il raggiungimento di un adeguato riempimento, vengono scattati vari radiogrammi in diverse posizioni.

Se è richiesto lo studio anche della fase minzionale, quando il/la paziente avvertirà il bisogno di urinare, il catetere sarà sfilato e il/la paziente verrà invitato/a a mingere in un contenitore: durante la minzione saranno effettuate alcune radiografie.

L'esame si svolge in una unica seduta di durata variabile in base al numero di radiogrammi che vengono scattati in varie proiezioni e in varie fasi (circa 30-60minuti).

La probabilità di successo è la seguente: Buona

Rischi e complicanze generiche che potrebbero comparire

- **Rischio meccanico:** premesso che si tratta di un rischio particolarmente basso, il posizionamento di un catetere in vescica, seppur minimamente invasivo, potrebbe determinare delle lesioni alle pareti dell'uretra. In queste rare evenienze viene contattato lo Specialista Urologo.
- **Rischio infettivo:** il posizionamento di un catetere in uretra o in vescica è considerato una manovra invasiva ed è sempre possibile che insorga una infezione; questo rischio, anche se minimo, è ulteriormente ridotto dalla tecnica asettica con cui il catetere viene posizionato e dalla profilassi antibiotica. Se nei giorni successivi all'esame dovesse avvertire dolore o bruciore locale, necessità di urinare frequentemente, febbre, avverta il suo medico che le potrà prescrivere la cura adatta.
- **Rischio radiologico:** è nostra premura garantire che la dose di esposizioni alle radiazioni ionizzanti sia mantenuta ai livelli più bassi possibile, ottimizzando il rapporto fra rischi connessi alla esposizione e beneficio diagnostico per il paziente.
- **Reazioni avverse:** pur non trattandosi di procedura ad alto rischio, eventuali passaggi di mezzo di contrasto introdotto in vescica all'interno del sistema vascolare (evento del tutto raro) potrebbero scatenare reazioni legate ad un'intolleranza individuale alla sostanza iniettata e che sono del tutto imprevedibili. Vengono classificate come:
 - lievi: nausea, vomito, prurito;
 - moderate: vomito profuso, orticaria diffusa, edema facciale, broncospasmo;
 - severe: shock ipotensivo, edema polmonare, arresto cardio-circolatorio.

Le prime non sono rare e vengono risolte con semplici provvedimenti terapeutici.


Le forme severe sono del tutto eccezionali (1 caso ogni 150-200 mila esami). In questo Ospedale sono disponibili gli strumenti di primo intervento per affrontarle in modo tempestivo.

Le forme lievi e moderate possono presentarsi anche tardivamente (6-48 ore): in tale evenienza si consiglia di rivolgersi al proprio Medico Curante o di contattare il servizio di Radiologia presso cui è stato eseguito l'esame.

Rischi e complicanze specifiche/aggiuntive, correlate al suo stato di salute

In presenza di particolari condizioni di salute, la comparsa di complicanze potrebbe essere gravemente aumentata. La preghiamo perciò di segnalare con cura le seguenti condizioni di rischio, cerchiando SI oppure NO:

- | | |
|---|---------|
| ▪ comprovata allergia ai mezzi di contrasto organo-iodati | SI - NO |
| ▪ comprovata allergia ad altre sostanze | SI - NO |
| ▪ angioedema ricorrente, mastocitosi, anafilassi idiopatica | SI - NO |

Casa di Cura Ambrosiana Spa	 Regione Lombardia	Modulo	Versione	Data	Documento di riferimento
		804	04	22/12/2020	Pro 1280 Consenso informato
CONSENSO INFORMATO					
ESAME CISTOURETROGRAFICO					

- asma bronchiale, orticaria SI - NO
- per le donne: stato di gravidanza (possibile o accertata) SI - NO

ATTENZIONE: Nel caso dovesse rispondere SI ad uno dei quesiti soprastanti, si prega di contattare il servizio di radiologia almeno 7 giorni prima della esecuzione dell'esame, onde poter mettere in atto opportuni provvedimenti (02.4587.6664-6792).

Preparazione dell'esame

- Non è necessario il digiuno.
- Prescrizione da parte del medico Curante di **terapia antibiotica per precauzione da iniziare un giorno prima dell'esame e da proseguire nei tre giorni seguenti.**
- Due ore prima dell'esame è necessario procedere allo svuotamento dell'ampolla rettale mediante piccolo clistere o supposta di glicerina o clisma-fleet.
- Portare con sé eventuali precedenti esami radiologici (Rx, TC, ecografie) inerenti alla patologia in esame ed il consenso all'esame firmato nei differenti riquadri sia dal Paziente (o genitore o tutore legale) che dal Curante.
- Per ulteriori informazioni potete telefonare (02.4587.6664-6792) o chiedere direttamente al nostro reparto.

Qualora Lei decidesse di non sottoporsi al trattamento, potrebbe andare incontro alle seguenti ipotesi/esiti: impossibilità di effettuare diagnosi e/o accertamenti.

Lei potrà richiedere ulteriori delucidazioni ai sanitari in qualsiasi momento e fino al momento dell'intervento stesso.

Anche il Suo medico di medicina generale può aiutarla a dissolvere eventuali dubbi e nel caso lo ritenesse utile può contattare i medici dell'UO.

Lei potrà revocare il suo consenso in ogni momento (salvo che l'atto non sia più arrestabile)

Casa di Cura Ambrosiana non possiede la Terapia Intensiva ed il Pronto Soccorso. In caso di necessità di rianimazione imprevista, potrebbe verificarsi il trasferimento presso altra struttura ospedaliera.

RISERVATO AL MEDICO PRESCRITTORE (o Curante)

Io sottoscritto Dottor
 dichiaro che la/ il pz..... è non è
 affetto da condizioni fisiche che precludano la effettuazione dell'indagine.

Data	Firma e timbro

FIRMA PER ACCETTAZIONE DA PARTE DEL PAZIENTE (o suo legale rappresentante¹)

Dichiaro di aver letto e compreso quanto sopra ed ho avuto la possibilità di porre domande in merito ai rischi, benefici e possibili alternative all'esame, pertanto:

acconsento non acconsento al trattamento/intervento proposto

DICHIARAZIONE di STATO DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA SI NO

Firma del paziente o suo legale rappresentante

In caso di rappresentante legale specificare se:

Genitore 1 e Genitore 2 Genitore unico² Tutore³ Amministratore di sostegno⁴

¹ Trattenere fotocopia di documento di identità

² Far compilare il Mod. 510 Autocertificazione per genitori soli di figli minori

³ Trattenere fotocopia del decreto di nomina

⁴ Trattenere fotocopia del decreto di nomina e verificare che la delega contempra la materia sanitaria

FIRMA DEL MEDICO RADIOLOGO ESECUTORE DELL'INDAGINE

Data

Firma