



CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELLA CISTO-URETROGRAFIA RETROGRADA E MINZIONALE

CHE COS'E': E' l'indagine radiologica della vescica e dell'uretra eseguita mediante opacizzazione retrograda, grazie alla somministrazione di un mezzo di contrasto a base di iodio attraverso un catetere. Poichè si tratta di un esame che espone a radiazioni ionizzanti se ne deve evitare l'utilizzo in assenza di una indicazione clinica specifica; inoltre le donne in età fertile devono escludere gravidanze in corso (per il possibile rischio di danni al feto).

A COSA SERVE; Questa tecnica è fondamentale nello studio anatomico della vescica, dell'uretra e come indagine funzionale per evidenziare un eventuale reflusso (anomalo passaggio di urina dalla vescica negli ureteri).Può essere indicata nello studio di alcune condizioni patologiche uretro-vescicali (calcoli, diverticoli, cistiti complicate, reflusso vescico – ureterale, tumori).

COME SI EFFETTUA: S'introduce nell'uretra un catetere attraverso il quale si inietta il mezzo di contrasto, la vescica viene quindi distesa e successivamente il paziente viene invitato ad urinare, tutte queste fasi vengono documentate con immagini radiografiche. Durante l'esecuzione dell'esame il paziente assume diverse posizioni a giudizio del Medico Radiologo ed è invitato a mantenere l'immobilità. L'esame non è particolarmente doloroso.

COSA PUO'SUCCEDERE – EVENTUALI COMPLICANZE : In alcuni casi possono verificarsi: temporanee emorragie nella vescica e/o bruciore alla prima minzione successiva all'esame e infezioni. Anche se raramente, si possono verificare lesioni dell'uretra o della vescica da perforazione meccanica. I medici ed il personale della radiologia sono addestrati per curare nel miglior modo possibile questi eventi, nel caso si verificassero.

PREPARAZIONE NECESSARIA – RACCOMANDAZIONI :E' generalmente consigliabile che il paziente esegua una copertura antibiotica per ridurre il rischio di infezioni. Non è necessario interrompere eventuali terapie farmacologiche in corso (ad es. per l'ipertensione o il diabete).

Preso atto delle informazioni fornite nel modulo di consenso il paziente può richiedere ulteriori spiegazioni al medico radiologo.

ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO/DISSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELL'INDAGINE DI CISTO-URETROGRAFIA RETROGRADA e MINZIONALE

Dichiarante Il/la sottoscritto/anato/a.....

il.....residente in..... Via

(1) in qualità di esercente la potestà sul minore.....

(2) in qualità di tutore del paziente.....

Informato/a: sul tipo di indagine diagnostica da eseguire e precisamente CISTO-URETROGRAFIA
RETROGRADA E MINZIONALE



Casa di Cura Figlie di San Camillo

Via Fabio Filzi, 56

26100 Cremona

Tel. 0372 421111 – Fax 0372 24533

e-mail: info@figliedisancamillo.it

Reso/a consapevole:

- che il trattamento proposto è quello che offre il miglior rapporto rischio/beneficio sulla base delle conoscenze attuali;
- della possibilità che l'indagine, una volta avviata, possa essere interrotta a mia richiesta, senza pregiudicare l'attività assistenziale, ma senza ottenere l'informazione ricercata con questo esame.;
- dei rischi relativi di eventuali danni per la salute (temporanei e permanenti) e per la vita.
- che Lei non è assolutamente obbligata/o ad effettuare l'esame; alternativamente il medico utilizzerà altre procedure che sono attualmente disponibili per l'effettuazione delle quali verrà comunque richiesto il suo consenso.

Presa visione delle informazioni relative all'indagine/procedura in oggetto

Valutate le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati forniti, avendo compreso quanto sopra sinteticamente riportato:

accetto l'indagine proposta

rifiuto l'indagine proposta

Firma del Medico _____

Data _____

Firma _____

DICHIARAZIONE di STATO DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA:

NO

SI

Data _____

Firma _____