

CONSENSO INFORMATO CISTOURETROGRAFIA

PARTE RISERVATA AL PAZIENTE (O GENITORI O AVENTI TUTELA LEGALE)

1. Dati identificativi

Nome e Cognome del Paziente _____
nato/a _____ il _____

Dati identificativi dei genitori/aventi tutela legale del minore di età

Nome e Cognome _____
nato/a _____ il _____ in qualità di: madre padre tutore

Nome e Cognome _____
nato/a _____ il _____ in qualità di: madre padre tutore

NB: In caso sia presente solo un genitore occorre allegare il previsto modello di autocertificazione/atto di notorietà

Paziente privo in parte/del tutto di autonomia decisionale

Nome e Cognome del Legale rappresentante _____
nato/a _____ il _____

NB: va allegata la documentazione che indica i poteri del Legale rappresentante

2. Indagine proposta

Il Medico che la segue ha ritenuto opportuno consigliarle di sottoporsi ad una cistouretrografia. Lo scopo di questo esame è indagare il tratto distale delle sue vie urinarie (vescica e uretra) per inquadrare il suo problema clinico e trattarlo con la terapia più opportuna.

Questa tecnica prevede l'impiego di raggi X ed è fondamentale nello studio anatomico della vescica, dell'uretra e come indagine funzionale per evidenziare un eventuale reflusso.

Per effettuare l'esame è necessario introdurre 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.

La procedura è sicura ed è stata effettuata su milioni di Pazienti, ma occasionalmente possono insorgere problemi. I Medici ed il personale paramedico del Servizio di Radiologia sono addestrati per curare nel modo migliore queste reazioni, nel caso si verificassero.

3. Possibili complicanze in base alle più recenti conoscenze scientifiche

Sono descritte occasionali complicanze legate al cateterismo e al possibile stravasato del mezzo di contrasto.

Per quanto riguarda il cateterismo, può associarsi ad infezioni delle vie urinarie (cistiti, uretriti) nel 6% dei casi. Talora si può verificare la fuoriuscita di un po' di sangue dall'uretra (uretrorragia) e, assai raramente, può insorgere una ritenzione urinaria. La possibilità di una perforazione (rottura) della vescica è eccezionale. Il trattamento di tali eventi può, in casi particolari, richiedere il ricovero per attuare le terapie opportune.

4. Esistono indagini diagnostiche alternative a quella proposta?

Le principali indagini alternative alla cistouretrografia sono:

- l'ecografia;
- la TC (o TAC) e la RM, abitualmente utilizzate per studiare l'estensione dei processi patologici al di fuori di vescica e uretra;
- la cistoscopia che prevede l'ispezione diretta della superficie interna della vescica da parte di un Medico Specialista effettuata nella S.C. Urologia.

Ho richiesto le seguenti ulteriori informazioni relative all'atto sanitario e le sue possibili complicanze:

1. DOMANDA _____

RISPOSTA _____

2. DOMANDA _____

RISPOSTA _____

Dichiaro di essere stato/a informato/a in modo comprensibile ed esauriente dal Medico. Sono a conoscenza della possibilità di revocare il consenso in qualsiasi momento prima dell'atto sanitario.

Data _____

Firma del Paziente _____

Firma del Medico Radiologo _____

**INFORMAZIONI CLINICHE NECESSARIE ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME CISTOURETROGRAFIA
DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO CURANTE O SPECIALISTA**

1. Sospetto clinico/diagnostico (obbligatorio)

2. Eventuali allergie ?

NON SO NO Sì

se sì, a cosa? _____

3. Pregresse reazioni al mezzo di contrasto?

NON SO NO Sì

se sì: Moderate (prurito, orticaria, vomito, broncospasmo)

Gravi (edema polmonare, edema laringeo, shock anafilattico)

In quale anno? _____

A seguito dell'allergia (punto n°2) o della reazione (punto n°3) il Medico Curante o Specialista

prescrive la premedicazione dedicata (istruzione operativa: RAD_IO_01)? NO Sì

Firma del Medico _____

**ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE
DELL'ESAME CISTOURETROGRAFIA**

Dichiarazioni dell'interessato

Con la presente dichiarazione, da considerare come manifestazione piena, libera ed incondizionata della mia volontà, **dichiaro** di aver ricevuto dal Medico che mi ha esposto i contenuti di questo consenso, esaurienti e chiare informazioni sugli scopi dell'indagine radiografica a cui sarò sottoposta e sulle modalità con cui esso/a verrà eseguito/a.

Analogamente, ho compreso quali potrebbero essere i **potenziali rischi/inconvenienti dell'indagine e il rapporto rischio/beneficio dell'utilizzo del mezzo di contrasto.**

Ritengo che l'esposizione di quanto sopra descritto sia avvenuta **in modo chiaro e comprensibile e giudico appropriato il tempo che mi è stato concesso per valutare i contenuti e per porre eventuali domande.** Sono soddisfatta delle risposte avute ed ho avuto il tempo necessario per poter prendere serenamente le mie decisioni.

Dichiaro di aver informato dettagliatamente i Medici riguardo i precedenti interventi chirurgici subiti, eventuali allergie o reazioni a farmaci, le patologie di cui sono attualmente affetto e la terapia medica in corso.

Acconsento, pertanto, e chiedo espressamente, di essere sottoposto/a alla procedura oggetto del presente consenso

ACCONSENTE

NON ACCONSENTE

Autorizzo l'operatore all'esecuzione di eventuali procedure aggiuntive ritenute opportune dall'operatore durante l'esecuzione dell'esame

AUTORIZZO

NON AUTORIZZO

Data ___/___/___

Firma dell'interessato _____



DA FIRMARE IN CASO DI DONNE IN ETA' FERTILE

In caso di gravidanza, anche solo probabile, **è indispensabile avvertire il Medico Radiologo**, poiché l'esame dovrebbe essere rimandato per motivi protezionistici.
Io sottoscritta **escludo pertanto qualsiasi fondato sospetto di gravidanza in atto** al momento dell'esame radiologico (di tipo radiografico, TC, RM).

Firma _____

DA FIRMARE IN CASO DI PAZIENTE MINORENNE

Data _____

Firma del/i Genitore/i _____

Firma del Tutore _____

Firma del minore se di età maggiore di 14 anni _____

DA FIRMARE IN CASO DI PAZIENTE INTERDETTO O SOTTOPOSTO AD AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO

Data _____

Firma del Tutore/Amministratore di sostegno _____

INFORMAZIONE DATA AL PAZIENTE TRAMITE INTERPRETE

Data _____
Nome e Cognome dell'Interprete _____
Firma dell'Interprete _____
Documento _____
Nome e Cognome del Testimone _____
Firma del Testimone _____
Documento _____ data _____

Da compilarsi in caso di revoca del consenso precedentemente espresso

REVOCA DEL CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto/a _____ in qualità di

- Diretto interessato
 Genitore Tutore Amministratore di sostegno

di _____

liberamente, spontaneamente e in piena coscienza dichiaro di voler REVOCARE il consenso all'atto sanitario.

Data _____ Firma/e _____

PREPARAZIONE ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME CISTOURETROGRAFIA

A giudizio del Medico Specialista inviante, può essere indicata una copertura antibiotica per ridurre il rischio di infezioni.

NB: non è necessario interrompere eventuali terapie farmacologiche in corso (ad es. per l'ipertensione o il diabete).

DOCUMENTAZIONE NECESSARIA PER L'ESECUZIONE DELL'ESAME CISTOURETROGRAFIA
(da portare con sé il giorno dell'esame)

1. Impegnativa del Sistema Sanitario Nazionale (SSN).
2. Tessera sanitaria.
3. Ricevuta di pagamento (se non esente).
4. MODULO di CONSENSO all'esame debitamente compilato
5. Documentazione relativa a precedenti indagini eseguite in relazione alla problematica oggetto di studio (TC, RM, radiografie, ecografie, cartellini di ricovero; lettere di dimissione, endoscopie, esami istologici, ecc).

Attestazione del Medico che acquisisce il consenso di aver verificato l'avvenuta comprensione da parte del Paziente delle informazioni ricevute.

Data ___/___/___ **Firma del Medico Radiologo Responsabile dell'esame**

