

NOME E COGNOME: _____
DATA E LUOGO DI NASCITA: _____ **PESO** _____ (KG)
QUESITO CLINICO: _____

MODULO INFORMATIVO CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELLA CISTO-URETROGRAFIA RETROGRADA e MINZIONALE:

CHE COS'È

La cistouretrografia è l'indagine radiologica della vescica e dell'uretra eseguita mediante opacizzazione retrograda da somministrazione di un mezzo di contrasto a base di iodio attraverso un catetere.

Poiché si tratta di un esame che espone a radiazioni ionizzanti l'utilizzo deve essere evitato in assenza di una indicazione clinica specifica. Le **donne in età fertile devono escludere gravidanze in corso o sospette**, in quanto il feto ha un maggior rischio di possibili danni, soprattutto nelle prime settimane di gestazione, quando i vari organi si stanno formando e sono più sensibili alle radiazioni. Una maggiore sensibilità alle radiazioni è presente anche in alcuni organi dei bambini che hanno anche una aspettativa di vita più lunga.

In tal caso sarà effettuata una accurata rivalutazione della indicazione all'esame, valutando se possibile, la possibilità di eseguire un esame senza raggi X o utilizzando particolari precauzioni.

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 formati per trattare nel miglior modo possibile questi eventi, nel caso si verificassero.

PREPARAZIONE NECESSARIA – RACCOMANDAZIONI

È 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**

DICHIARANTE

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____

il _____ residente in _____ via _____

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

(2) in qualità di tutore del paziente _____

Informato/a dal Dott. _____

- sul tipo di indagine diagnostica da eseguire e precisamente la cisto-uretrografia.

Reso/a consapevole:

- sul parere del sanitario 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.

Preso 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

Medico radiologo ■ _____

Eventuale interprete _____

Data _____ **Firma del paziente** ► _____

DICHIARAZIONE DI STATO DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA

SI

NO

Data _____ **Firma del paziente** ► _____

POSSO CAMBIARE LA MIA DECISIONE RIGUARDO ALL'EFFETTUAZIONE DELL'ESAME?

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.

Tutte le informazioni raccolte, ed in particolare le informazioni personali, sono tutelate dal Regolamento UE n° 2016/679 (GDPR - Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati) concernente il trattamento dei dati personali e della privacy.

La preghiamo di datare e firmare il presente modulo per presa visione.

Data _____ **Firma del paziente** ► _____