

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

### **MODULO INFORMATIVO ESAME DI UROGRAFIA: CHE COS'È**

L'urografia è un'indagine radiologica che consente di visualizzare reni e vie escrettrici renali (pelvi, ureteri, vescica). Poiché si tratta di un esame che espone a radiazioni ionizzanti l'utilizzo deve essere evitato in assenza di un'indicazione clinica specifica. Le donne in età fertile devono escludere gravidanze in corso.

### **A COSA SERVE**

L'indagine è indicata nella ricerca delle patologie delle varie strutture che compongono l'apparato urinario (malformazioni, formazioni calcolotiche, neoplasie).

### **COME SI EFFETTUA**

Nella prima fase viene eseguito un radiogramma diretto dell'addome senza somministrazione di mezzo di contrasto (m.d.c) per valutare l'eventuale presenza di formazioni calcolotiche radio-opache e per valutare la completezza della necessaria toilette intestinale. Nella seconda fase verrà somministrato per via endovenosa il m.d.c. contenente iodio, opaco ai raggi X, che essendo eliminato per via urinaria, permetterà la visualizzazione delle varie strutture dell'apparato urinario e della loro eventuale patologia. Verranno quindi eseguiti una serie di radiogrammi in numero variabile a seconda della patologia sospettata o riscontrata in corso di esecuzione della indagine.

### **COSA PUO' SUCCEDERE – EVENTUALI COMPLICANZE**

Il limite principale all'utilizzo del mezzo di contrasto organo-iodato è la compromissione della funzionalità renale.

► **Per tale motivo è richiesto il dosaggio della creatininemia (data non superiore a 30 giorni).**

Il dosaggio della creatinina serica è insufficiente per una valutazione della funzionalità renale, pertanto si deve eseguire la **stima del filtrato glomerulare (GFR)** che può essere facilmente calcolata.

I mezzi di contrasto iodati attualmente a disposizione sono prodotti estremamente sicuri, ma occasionalmente possono dare le seguenti reazioni:

► **MINORI** come vampate di calore, starnuti, nausea, vomito, orticaria circoscritta, sintomi che in genere non richiedono alcuna terapia e si risolvono spontaneamente .

► **MEDIE O SEVERE** come orticaria diffusa, difficoltà respiratorie, battiti cardiaci irregolari o perdita di coscienza, shock anafilattico, edema della glottide, richiedono di solito terapia medica o l'intervento del rianimatore. In casi del tutto eccezionali, come avviene con molti altri farmaci, i mezzi di contrasto possono causare decesso.

I medici ed il personale della radiologia sono formati per trattare nel miglior modo possibile queste reazioni, nel caso si verificassero. È altresì possibile la comparsa di effetti collaterali rari ed imprevedibili, non segnalati (generalmente di lieve-media entità) e l'aumento di probabilità di comparsa degli effetti collaterali segnalati, per patologie concomitanti e l'esecuzione di altri trattamenti (farmacologici, chemioterapici, etc..).

Esiste la possibilità di reazioni ritardate (entro una settimana), generalmente cutanee lievi, che si risolvono per lo più senza terapia.

### **PREPARAZIONE NECESSARIA – RACCOMANDAZIONI**

È necessario essere a digiuno da almeno 6 ore.

► **I pazienti che assumono ipoglicemizzanti orali tipo Metformina devono sospendere la terapia dalle 48 ore prima dell'esecuzione dell'esame alle 48 ore successive.**

È indispensabile avvertire preventivamente (al momento della prenotazione) di importanti allergie note e condizioni asmatiche.

► **I pazienti allergici devono seguire adeguato protocollo di preparazione.**

È necessaria una buona toilette intestinale che si ottiene con dieta priva di scorie nei giorni precedenti l'esame ed assunzione di lassativo nelle 2 sere precedenti. La presenza di materiale fecale nell'intestino può creare false immagini o nascondere la patologia, per cui è possibile che l'indagine venga rinviata.

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 UROGRAFIA

## 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 Urografia.

### 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                      ► \_\_\_\_\_