
 <p>Azienda Ospedaliero-Universitaria San Luigi Gonzaga di Orbassano</p>	<p><b>S.C.D.U. RADIOLOGIA DIAGNOSTICA</b>  <b>Regione Gonzole, 10 – 10043 Orbassano (TO)</b>  <b>Dirigente F.F.: Prof. Andrea VELTRI</b>  <b>Tel. 011-902.6401 - Fax 011-902.6303</b>  <b>E-mail: radiologia@sanluigi.piemonte.it</b></p>	 <p>REGIONE PIEMONTE</p>
---	---	---

## CONSENSO INFORMATO PER L'ESECUZIONE DI URETRO- CISTOGRAFIA RETROGRADA E/O MINZIONALE

(Data ultima revisione: 15/07/2012)

Gentile Signore/a,

Prima di procedere all'informazione relativa alla procedura diagnostica proposta, Le chiediamo di leggere attentamente quanto di seguito riportato.

La procedura di seguito descritta comporta l'impiego di Raggi X, che è sconsigliato nel caso di donne con gravidanza in corso, in quanto potrebbe provocare danni al nascituro. Questo comporta che, con la firma del presente modulo, Lei **dichiara di non essere in gravidanza**. Allo scopo di decidere sull'ulteriore iter clinico e terapeutico, grazie alle specifiche informazioni che derivano da questa indagine, è **indispensabile fornirLe le seguenti informazioni**:

### COME SI SVOLGE L'INDAGINE?

Dopo aver posizionato un catetere urinario in uretra anteriore o in vescica, quest'ultima viene riempita con mezzo di contrasto organo-iodato.

Raggiunto un adeguato riempimento, si procede all'acquisizione di radiogrammi in diverse proiezioni.

### ATTENZIONE

Pur non trattandosi di procedura ad alto rischio, possono insorgere effetti collaterali dovuti ad un'eventuale allergia al mezzo di contrasto iodato.

**REAZIONI AVVERSE:** sono legate ad un'intolleranza individuale alla sostanza iniettata e 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 tutti gli strumenti 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.

**ATTENZIONE:** La preghiamo quindi di voler **segnalare:**

- |  |           |           |
|--|-----------|-----------|
| a) comprovata allergia ai mezzi di contrasto organo-iodati       | <b>sì</b> | <b>no</b> |
| b) comprovata allergia ad altre sostanze (.....)                 | <b>sì</b> | <b>no</b> |
| c) forme di grave insufficienza epatica, renale, cardiovascolare | <b>sì</b> | <b>no</b> |
| d) diabete grave o associato a nefropatia (malattia dei reni)    | <b>sì</b> | <b>no</b> |
| e) stato di gravidanza (possibile o accertata)                   | <b>sì</b> | <b>no</b> |

**Nel caso in cui dovesse rispondere "sì", soprattutto ai punti a), b) ed e), si prega di contattare,** anche telefonicamente, il Servizio di Radiologia presso cui eseguirà l'esame, almeno un giorno prima della data prevista per l'esame, onde poter mettere in atto adeguati provvedimenti.

**CONSENSO**

Io sottoscritto/a..... nato/a a ..... il.....  
(\*genitore o tutore legale di .....

sono stato informato dal Dott. .... in data.....

che è stata posta l'indicazione all'esecuzione di una **URETRO-CISTOGRAFIA RETROGRADA E/O MINZIONALE.**

A questo riguardo ho ricevuto e compreso le informazioni verbali e come da documentazione sopra riportata inerenti i benefici attesi dall'esame, le possibili complicanze ragionevolmente prevedibili, le alternative (dove ci siano) ed il diritto di rifiutare o sospendere in qualsiasi momento il trattamento e le conseguenze derivanti dalla scelta e quindi, **in piena coscienza, acconsento** all'esecuzione della prestazione sopra indicata.

Data.....

Firma del Paziente (o di chi esercita la potestà genitoriale e/o tutoriale\*) .....

Timbro e firma del Medico che richiede l'esame.....

Timbro e firma del Medico Radiologo/in formazione specialistica .....

**I  
N  
T  
E  
R  
N  
I**

**Per i Pazienti allergici RICOVERATI che hanno eseguito la premedicazione**

Io sottoscritto/a, Medico Curante del/della Sig./Sig.ra....., dichiaro di aver effettuato la premedicazione secondo lo schema in mio possesso.

Timbro e firma del Medico che richiede l'esame.....

**E  
S  
T  
E  
R  
N  
I**

**Per i Pazienti allergici NON RICOVERATI che hanno eseguito la premedicazione**

Io sottoscritto/a..... dichiaro di aver effettuato la premedicazione secondo lo schema che mi è stato fornito.

Firma del Paziente (o di chi esercita la potestà genitoriale e/o tutoriale\*).....

Timbro e firma del Medico Radiologo/in formazione specialistica.....

**REVOCA CONSENSO**

Io sottoscritto/a..... a partire dalle ore ..... del giorno ..... **revoco il consenso** alla precitata procedura, consapevole delle conseguenze derivanti dalla mia scelta.

Firma del Paziente (o di chi esercita la potestà genitoriale e/o tutoriale\*) .....

Timbro e firma del Medico Radiologo/in formazione specialistica .....