

Servizio DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

NOTA INFORMATIVA-CONSENSO INFORMATO

CISTOGRAFIA E URETROCISTOGRAFIA MINZIONALE

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**.

INFORMATIVA E DICHIARAZIONE DI CONSENSO

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**:

Descrizione procedura

Dopo aver posizionato un catetere endo-uretrale in vescica, questa viene riempita con mezzo di contrasto iodato, dopodiché si procede all'esecuzione di radiogrammi in diverse proiezioni.

Rischi della metodica

Nel maschio i sistemi di iniezione del mdc possono provocare piccole lesioni della parete dell' uretra con lieve sanguinamento ,di solito a risoluzione spontanea.

Pur non trattandosi di procedura ad alto rischio,eventuali passaggi del mdc nel sistema vascolare (evento rarissimo) possono provocare reazioni allergiche dovuti ad un'eventuale allergia al mezzo di contrasto iodato. Questo farmaco può raramente provocare alcune reazioni avverse che vengono classificate come lievi (nausea, vomito, prurito) o moderate (vomito profuso, orticaria diffusa, edema facciale, broncospasmo) e sono in genere risolte con semplici provvedimenti terapeutici. Rarissimamente si possono verificare reazioni severe (shock ipotensivo, edema polmonare, arresto cardio-respiratorio).

Tutto ciò premesso, il/la Sottoscritto/a

con la presente **dichiara** di aver letto e compreso quanto esposto nel presente modulo e di aver ricevuto dal **Dott./Prof. (in stampatello)** ogni ulteriore informazione in merito: al tipo di trattamento diagnostico; alle modalità di esecuzione dello stesso; ai vantaggi ai fini di una precisa diagnosi; ai rischi ad esso correlati; alle alternative terapeutiche sia farmacologiche che chirurgiche, rispondendo esaurientemente ad ogni quesito e richiesta di precisazioni in merito a:

illustrando quali sarebbero le conseguenze qualora decidessi di NON effettuare tale accertamento/procedura e di essere, conseguentemente, in grado di esprimere una consapevole scelta

Alla luce di quanto esposto, in datail/la Sottoscritto/a dichiara di

ACCETTARE DI ESSERE SOTTOPOSTO ALLA SEGUENTE PROCEDURA DIAGNOSTICA E/O TERAPEUTICA

Tipo di esame/intervento	Firma del paziente
CISTOGRAFIA E URETROCISTOGRAFIA MINZIONALE	

Data.....

Firma del Medico Operatore: Dott./Prof.