# CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELLA CISTO-URETROGRAFIA RETROGRADA e MINZIONALE SINTESI INFORMATIVA

**CHE COS' È**

È indagine radiologica della vescica e dell'uretra eseguita mediante opacizzazione retrograda, grazie alla somministrazione di un mezzo di contrasto a base di iodio attraverso un catetere.

Poiché si tratta di un esame che espone a radiazioni ionizzanti se ne deve evitare l'utilizzo in assenza di una indicazione clinica specifica; inoltre le donne in età fertile devono escludere gravidanze in corso per il possibile rischio di danni al feto.

**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 della 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 mantenete l'immobilità.

L'esame può essere fastidioso ma non è doloroso.

**COSA PUÒ 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 addestrati per curare nel miglior modo possibile questi eventi, nel caso si verificassero.

In casi estremamente rari dopo la somministrazione intracavitaria di M di C iodato si verificano effetti indesiderati legati a **reazioni allergiche** che possono essere immediate o ritardate. In rapporto al grado di severità le reazioni possono essere

- **lievi** (nausea, vomito, dolore nella sede dell'iniezione) : **5%**
- **moderate** (dispnea, ipotensione, tachicardia) : **0,02%**
- eccezionalmente **a rischio per la vita** (gravi aritmie, broncospasmo severo, arresto cardiorespiratorio, insufficienza renale acuta) : **0,002%**
- **ritardate** (da 1 ora dall'inizio fino a 7 giorni), che consistono più frequentemente in eruzioni cutanee, sindrome simil-influenzale, disturbi gastrointestinali): **0,5 – 2%**. **Nel caso in cui si manifestino reazioni allergiche ritardate è consigliato recarsi in Pronto Soccorso.**

**Ci sono state precedenti allergie a cibi, farmaci, mezzi di contrasto?** □ **SI** □ **NO**

**IN CASO DI ANAMNESI POSITIVA PER**

1. PRECEDENTI REAZIONI ALLERGICHE MODERATE O SEVERE A MDC, ASMA
2. PRECEDENTE REAZIONE ALLERGICA CHE ABBIA RICHIESTO TRATTAMENTO MEDICO
3. TERAPIA CON INTERLEUCHINA-2 (rischio di lesioni cutanee)

può essere utile eseguire una terapia desensibilizzante, sebbene la sua utilità sia limitata.

**SCHEMA DI TERAPIA DESENSIBILIZZANTE**

12 h e 2 h prima dell'esame: prednisone (Deltacortene) 25 mg, oppure metilprednisolone (Medrol) 32 mg per bocca (linee guida ESUR 8.1).

**Preso atto delle informazioni fornite nel modulo di consenso il paziente può richiedere ulteriori spiegazioni al medico radiologo.**

# ESPRESSIONE ED ACQISIZIONE 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 Prof./Dott._____

- sul tipo di indagine diagnostica da eseguire e precisamente CISTOURETROGRAFIA

**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 e di eventuali danni per la salute (temporanei e permanenti) e per la vita.

**Presa 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 specialista** _____

Data _____ Firma del paziente _____

**DICHIARAZIONE di STATO DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA**

☐**SI** ☐**NO**

Data e Firma della 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 D. Lgs 196/2003 concernente la "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali".
La ringraziamo per l'attenzione avuta nel leggere queste note e la preghiamo di datare e firmare il presente modulo per presa visione.

Data_____ Firma_____


**S.C. di Radiologia**
Piazzale Ricchi 1, 09134Cagliari
T. 070 539298 -764-586-577