

INFORMATIVA E CONSENSO URETROCISTOSCOPIA

Gentile Signora/Egregio Signore,

una adeguata informazione sul piano di cura rappresenta un elemento indispensabile per lo svolgimento di ogni attività sanitaria e costituisce una parte essenziale del piano diagnostico, terapeutico ed assistenziale. Per tale motivo, ad integrazione del colloquio con il medico, riteniamo utile fornirle la presente informativa, che Le permetta di divenire il più possibile partecipe dell'impegno comune alla tutela della Sua salute e di affidarsi con consapevolezza al trattamento condiviso. Le informazioni contenute in questo documento mirano ad illustrare le caratteristiche dell'attività sanitaria in oggetto, le modalità di esecuzione, i benefici, nonché le possibili controindicazioni del trattamento. Tali informazioni tuttavia, in relazione al loro carattere generale, non sostituiscono il più esteso ed articolato colloquio informativo con il medico. La procedura diagnostico-terapeutica consigliata di URETROCISTOSCOPIA trova indicazione in considerazione della sintomatologia e della patologia riscontrata. È importante che riferisca al medico informazioni veritiere sul suo stato di salute, al fine di valutare possibili controindicazioni all'esecuzione dell'esame.

INFORMAZIONI GENERALI SULLA URETROCISTOSCOPIA

L'uretrocistoscopia è un'indagine endoscopica. Utilizza come strumento il "cistoscopio", uno strumento sterile che permette attraverso le fibre ottiche di **vedere il contenuto dell'uretra e la vescica**: può essere flessibile o rigido. Generalmente, viene usato lo strumento flessibile che, adattandosi alle vie naturali, non produce dolore ma solo una sensazione inusuale e passeggera di lieve sfregamento al passaggio dello strumento: questo vantaggio è decisivo per l'uomo e poco rilevante per la donna perché l'uretra è molto più corta e rettilinea.

L'uretrocistoscopia serve a verificare dal punto di vista diagnostico alcuni sintomi sospetti per condizioni come l'ematuria (sangue nelle urine), la calcolosi vescicale, le neoformazioni vescicali, le alterazioni infiammatorie e per lo studio dell'uretra. L'uretrocistoscopia è l'unico esame che consente di vedere direttamente l'interno della vescica e **non esistono al momento valide alternative** né per la diagnosi, né per la terapia, in grado di assicurare risultati superiori o uguali a quelle offerte dalla cistoscopia.

MODALITA' DI ESECUZIONE DELL'ESAME

L'uretrocistoscopia è una **procedura eseguita in sala chirurgica e sotto copertura antibiotica** (vedi norme per la preparazione). Viene lubrificata l'uretra con gel lubrificante che contiene dell'anestetico. Il cistoscopio viene introdotto nell'uretra e risale sino a raggiungere la vescica che viene distesa con l'introduzione di soluzione fisiologica per ispezionarne le pareti. Laddove necessario si procederà ad eseguire eventuali biopsie o altre procedure previste nel corso dell'esame. Lo strumento viene poi fatto scivolare all'esterno, estraendolo pertanto dalle basse vie urinarie. La procedura occupa in genere circa 30 minuti.

RISCHI E POSSIBILI CONTROINDICAZIONI

I possibili rischi sono rappresentati dalla possibile comparsa di infezioni a carico delle vie urinarie, dei deferenti e dei testicoli (*urosepsi, epididimiti, etc*) e dalla possibile comparsa di sangue nelle urine (ematuria). Altri rischi sono rappresentati dalla possibile comparsa di aumento della frequenza minzionale (pollachiuria), bruciore alla minzione, urgenza della minzione, incontinenza urinaria. Tali situazioni sono generalmente temporanee e facilmente risolvibili. In caso di ematuria abbondante, emissione di coaguli, difficoltà alla minzione il paziente deve contattare lo Specialista con le modalità indicate nel modulo di preparazione o attendendosi alle procedure di contatto stabilite con lo Specialista stesso. L'esame non può essere eseguito in caso di mancata preparazione antibiotica, presenza di infezione acuta delle vie urinarie, presenza di stenosi serrate o alterazioni anatomiche dell'uretra o del collo vescicale tali da non poter inserire lo strumento, gravidanza in corso o presunta.

ANAMNESI E VALUTAZIONE DELLE CONTROINDICAZIONI

Prima di eseguire l'esame è necessario informare il sanitario circa l'eventuale presenza di determinate situazioni cliniche.

Pertanto, consapevole dell'importanza di fornire informazioni precise e veritiere in merito al mio stato di salute, in quanto il trattamento potrebbe non essere indicato o addirittura controindicato in presenza di alcune patologie e/o stati personali, dichiaro:

E' PRESENTE UN'INFEZIONE DEL TRATTO URINARIO?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
SONO PRESENTI SINTOMI QUALI BRUCIORE ALLA MINZIONE, DOLORE SOVRAPUBICO, FREQUENZA ECCESSIVA DELLA MINZIONE?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
E' SOGGETTO/A A INFEZIONI RECIDIVANTI DEL TRATTO URINARIO?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
PRESENTA ALLERGIE? SE SI QUALI?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
E' IN STATO DI GRAVIDANZA?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
E' A CONOSCENZA DELLA PRESENZA DI ALTERAZIONI ANATOMICHE DELL'URETRA O DEL COLLO VESCICALE?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
ASSUME ANTICOAGULANTI (P.E. ASPIRINA®, MARCUMAR®, COUMADIN®, XARELTO®, PLAVIX®, ELIQUIS® ETC.)?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

INFORMATIVA E CONSENSO URETROCISTOSCOPIA

ASSUNZIONE DI RESPONSABILITA' DEL PAZIENTE

Ho discusso con il medico dei possibili rischi e delle eventuali prevedibili conseguenze specificamente connessi con la situazione che mi riguarda e ritengo di aver ricevuto esaurienti notizie in merito all'atto sanitario in argomento. Ho comunque appreso che, sulla base della consolidata esperienza clinica, l'entità dei benefici attesi prevale su quella dei possibili effetti indesiderati. Dichiaro di essere stato informato/a sul tipo di rischi che la stessa potrebbe comportare. Sono altresì informato che, nel caso in cui rifiutassi di effettuare l'esame proposto dal medico, potrebbe essere valutata l'opportunità di eseguire un trattamento alternativo laddove possibile, essendo tuttavia informato che la non esecuzione dell'indagine potrebbe implicare: 1) un'incompletezza nell'iter diagnostico con una carente formulazione della diagnosi finale; 2) l'inizio o la prosecuzione della terapia in termini empirici, ovvero la limitata possibilità di stabilire una corretta terapia con tutto ciò che ne deriva in termini di prognosi.

DATI IDENTIFICATIVI

NOMINATIVO

DATA DI NASCITA

**NOMINATIVO DEL / DEI GENITORI O TUTORE
LEGALE SE MINORE/INCAPACE:**

DATI SANITARI

COMPILAZIONE A CURA DEL MEDICO

DESCRIZIONE DELLA PATOLOGIA E/O DELLA ESIGENZA CLINICA

.....

.....

MANIFESTAZIONE DI CONSENSO INFORMATO ALL'URETROCISTOSCOPIA

Io, sottoscritto/a dichiaro di essere stato/a adeguatamente informato/a circa la necessità di sottopormi al trattamento URETROCISTOSCOPIA. Ho dunque ricevuto informazioni, chiarimenti e risposte esaurienti ad ogni mia domanda da parte del medico responsabile dell'atto sanitario, letto e compreso la descrizione riportata sul presente modulo relativa agli scopi, alla modalità di esecuzione e alle possibili complicanze di questo esame. Dichiaro inoltre di aver osservato le indicazioni riportate nel modulo di preparazione all'esame.

Sulla base delle informazioni apprese mediante l'informativa che precede il presente documento, nonché sulla base delle spiegazioni chiare e comprensibili ricevute durante il colloquio con il/la Dott. / D.ssa. sulle modalità, le indicazioni, le controindicazioni dell'esame ed i rischi connessi, il/la sottoscritto/a in qualità di:

- diretto interessato al trattamento
- tutore di
- esercente la responsabilità genitoriale su

acconsente

non acconsente

All'esecuzione dell'atto sanitario sopra indicato.

Firma del Paziente (o del Genitore/Tutore):

(Spazio riservato al Medico)

Confermo di aver spiegato la natura e lo scopo dell'atto sanitario in oggetto con particolare riferimento alle modalità di esecuzione, benefici e rischi ad esso connessi.

Firma del medico:

Il/la sottoscritto/a (Paziente): dichiara inoltre di essere a conoscenza che in ogni trattamento sanitario vi è possibilità di conseguenze dannose, a volte anche imprevedibili, nonostante il corretto comportamento dell'operatore. Concordo sul fatto che la pratica medica e chirurgica non sia una scienza esatta dipendendo in parte dalle variabili soggettive del paziente che per definizione è unico. Benché nel caso specifico siano previsti buoni risultati, questi non possono essere garantiti come certi ma come ipotesi possibili. Preso atto di tutte le informazioni ritengo di aver ottenuto gli elementi indispensabili per giungere ad una decisione consapevole.

Firma del Paziente (o del Genitore/Tutore):