

TITOLO	CODICE	REVISIONE	PAGINA
CONSENSO INFORMATO UROGRAFIA	C.I. – RAD. - 14	2 STESURA	1

DATA DI EMISSIONE	RESPONSABILE REDAZIONE	RESPONSABILE CONVALIDA	ORGANO DI APPROVAZIONE
03/01/2021	RESP. U.O. RADIOLOGIA	RISK MANAGER	DIREZIONE SANITARIA

Del Sig./ra _____

Nato/a il: _____

Mi è stato proposto dal Dott: _____

L' esame diagnostico di: **UROGRAFIA**

INFORMATIVA : UROGRAFIA

L'urografia è l'indagine radiologica dell'apparato urinario eseguita mediante opacizzazione dei reni e delle vie escrettrici grazie alla somministrazione di un mezzo di contrasto radiopaco e.v., che viene eliminato attraverso l'urina.

Perché è necessario questo esame?

Questa tecnica è fondamentale nello studio globale dell'apparato urinario, sia come studio anatomico dei reni e delle vie escrettrici (pelvi, ureteri) che come indagine funzionale, evidenziando una mancata o ritardata eliminazione del contrasto da uno o da entrambi i reni o un incompleto svuotamento della vescica. L'urografia è un esame complesso, che richiede la somministrazione endovenosa di mezzo di contrasto ed espone il paziente alle radiazioni ionizzanti; per questo motivo, vista la disponibilità di altre tecniche diagnostiche altrettanto utili per la visualizzazione dei reni e della vescica e non irradianti, come l'ecografia, viene utilizzato quale esame successivo, al fine di chiarire dubbi diagnostici di una certa importanza, ai quali gli esami precedenti e meno invasivi non sono in grado di dare una risposta definitiva, e per studiare gli ureteri, che sono scarsamente evidenziabili con altre indagini quali l'ecografia.

Prima dell'esame

Al fine di ottenere una migliore riuscita dell'esame è necessaria la Sua collaborazione per eseguire una buona toilette intestinale che si realizza con la seguente preparazione:

- **Dieta povera di scorie** il giorno precedente l'esame.

- **Un lassativo** per 2 sere di seguito prima del giorno dell'esame per evacuare completamente l'intestino.

- **Media idratazione** cioè una introduzione di liquidi (circa 1,5 litro di acqua al giorno) allo scopo di evitare fenomeni di disidratazione a livello del rene che potrebbero favorire danni causati dal mezzo di contrasto e.v. La invitiamo pertanto a bere secondo i normali bisogni fino a circa 2 ore prima della iniezione del mezzo di contrasto ed a svuotare completamente la vescica prima dell'inizio dell'esame urografico per evitare la diluizione del mezzo di contrasto e rendere pertanto l'esame poco significativo, quindi inutile. L'esame urografico deve essere preceduto dall'esecuzione dei seguenti esami del sangue:

- **azotemia**
- **creatininemia,**
- **elettroforesi sieroproteica .**

Se soffre di allergie o ipertiroidismo La preghiamo di comunicarlo al medico prima dell'esame.

Complicazioni da mezzo di contrasto, rarissime in questo tipo esame, sono: iperfunzione della tiroide, manifestazioni di tipo allergico, dall'esantema cutaneo fino allo shock anafilattico, quest'ultimo estremamente

Come si svolge

L'esame non è né doloroso né fastidioso, a parte la necessità di sottoporsi all'iniezione endovenosa del mezzo di contrasto e di osservare le prescrizioni per la preparazione intestinale. Per eseguire l'urografia tradizionale Le verranno iniettati in infusione endovenosa a goccia rapida 100cc di mezzo di contrasto alla concentrazione di 300mg/ml, la durata della somministrazione varia dai 6 agli 8-9 minuti. Tale dosaggio sarà ovviamente inferiore nel caso sia un bambino ad seguire l'accertamento. L'esame ha una durata compresa tra 30 e 45 minuti. Il paziente viene posizionato sull'apparecchio radiografico in posizione supina; nel corso dell'esame può essere necessario, a giudizio dello specialista, eseguire degli spostamenti o mettersi in piedi; in alcuni casi può essere eseguita una modica compressione dell'addome con un cuscino. Durante le riprese dei diversi radiogrammi, che richiedono pochi secondi, il paziente è invitato a mantenere l'immobilità. Al termine il paziente è invitato ad accomodarsi in bagno e ad urinare; successivamente vengono eseguite una o più radiografie post-minzionali sulla vescica. In alcuni casi particolari, e in genere su richiesta del curante, la minzione al termine dell'esame può essere effettuata in sala radiografica e sotto controllo radioscopico (uretrografia minzionale): il passaggio dell'urina opaca attraverso l'uretra e la conformazione del pavimento vescicale durante lo stimolo e la minzione vengono registrati sulle radiografie riprese in queste fasi.

Controindicazioni e possibili complicazioni

In considerazione dell'introduzione del m.d.c. iodato la legge prevede la firma da parte del paziente di un modulo di **consenso informato**.

Il Ministero della Sanità ha individuato come controindicate all'assunzione di sostanze iodate le seguenti patologie:

Paraprotidemia di Waldstrom

Mieloma multiplo

Insufficienza epatica o renale grave

Stati di sofferenza del miocardio e di insufficienza cardiocircolatoria

Ipertireosi

Ipersensibilità specifica allo iodio

Sindromi allergiche od altre condizioni clinicamente accertate che controindicano l'indagine

Eventuale stato di gravidanza

TITOLO	CODICE	REVISIONE	PAGINA
CONSENSO INFORMATO UROGRAFIA	C.I. – RAD. - 14	2 STESURA	1

DATA DI EMISSIONE	RESPONSABILE REDAZIONE	RESPONSABILE CONVALIDA	ORGANO DI APPROVAZIONE
-------------------	------------------------	------------------------	------------------------

03/01/2021

RESP. U.O. RADIOLOGIA

RISK MANAGER

DIREZIONE SANITARIA

Del Sig./ra _____

Nato/a il: _____

Mi è stato proposto dal Dott: _____

L' esame diagnostico di: **UROGRAFIA**

A titolo informativo il Ministero consiglia, per escludere l'esistenza delle suddette condizioni patologiche, l'esecuzione delle seguenti indagini:

Azotemia

Esame completo delle urine (delle 24 ore)

Creatinemia

Elettroforesi

Gamma

Elettrocardiogramma

Esame emocromocitometrico con conteggio delle piastrine

Esame funzionale della tiroide

GT

Benché i mezzi di contrasto attualmente a disposizione siano prodotti estremamente sicuri e collaudati, già somministrati a decine di milioni di pazienti, occasionalmente (1-3% dei casi) possono indurre delle reazioni avverse:

- **Reazioni minori:** vampate di calore (frequente), nausea, vomito, orticaria eventualmente con desquamazione della cute: tali reazioni non richiedono alcuna terapia, si risolvono spontaneamente in tempi variabili da pochi secondi a qualche giorno.
- **Reazioni medie o severe (1/2500):** tali reazioni sono rare, ma richiedono terapia medica ed eventuale ricovero, comprendono la difficoltà respiratoria, crisi anginose o ipertensive, crisi epilettiche, convulsioni.
- **Decesso (1/55000):** Evento molto raro, legato generalmente a reazione pseudo-allergica al mdc. Per tale motivo i pazienti con allergie note o fattori di rischio devono eseguire premedicazione secondo gli schemi allegati per ridurre il rischio di reazione.

Cosa dire e presentare al medico radiologo

E' molto importante riferire i sintomi che hanno portato all'esecuzione dell'esame ed esibire eventuali esami radiologici ed ecografici eseguiti in precedenza. Il medico radiologo deve poter consultare il risultato di eventuali altri esami strumentali o visite specialistiche e, se disponibili, la relazione del curante o lettere di dimissione emesse in occasione di precedenti ricoveri.

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

CONSENSO ALLA PRESENZA DI ACCOMPAGNATORI IN SALA ESAMI

N.B. Questo consenso viene utilizzato nei casi in cui il medico responsabile dell'esecuzione dell'esame consente al genitore del paziente pediatrico o all'accompagnatore del paziente su cui è stato valutato di evitare l'ausilio di anestesie o altre procedure di preparazione invasive) di accedere in sala esami durante l'esecuzione dell'esame RM, in quanto l'assistenza di un congiunto potrebbe consentire di tranquillizzare, mantenere fermo il paziente e pertanto garantire la possibile esecuzione dell'indagine di cui se ne è valutata l'effettiva inderogabile necessità.

DEVE ESSERE ACCOMPAGNATO DAL QUESTIONARIO ANAMNESTICO, ANCH'ESSO FIRMATO DAL MEDICO

Il Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame valutato il rapporto rischio / beneficio relativamente alla necessità di evitare la sedazione o altre procedure di preparazione pre-esame del paziente da sottoporre ad esame RM, acconsente l'opportunità da parte dell'accompagnatore volontario di poter assistere il paziente durante l'esecuzione dell'esame all'interno della sala esami, al fine di tranquillizzare e mantenere fermo il paziente e di garantire pertanto la possibile esecuzione dell'indagine.

Firma Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM _____

Data _____

L'accompagnatore, espletati gli accertamenti anamnestici del caso richiesti dal medico responsabile dell'esame diagnostico, e preso atto dell'opportunità di poter assistere il paziente onde evitare inopportune o non possibili procedure di preparazione pre-esame sullo stesso, **accetta di esporsi volontariamente** ai rischi legati alla RM presenti durante l'esecuzione dell'esame (campi magnetici statici, variabili e radiofrequenze) a favore e beneficio del paziente assistito.

Firma del genitore / accompagnatore volontario _____

Firma del paziente _____

Data _____



TITOLO	CODICE	REVISIONE	PAGINA
CONSENSO INFORMATO UROGRAFIA	C.I. – RAD. - 14	2 STESURA	1

DATA DI EMISSIONE	RESPONSABILE REDAZIONE	RESPONSABILE CONVALIDA	ORGANO DI APPROVAZIONE
-------------------	------------------------	------------------------	------------------------

03/01/2021

RESP. U.O. RADIOLOGIA

RISK MANAGER

DIREZIONE SANITARIA

Del Sig./ra _____

Nato/a il: _____

Mi è stato proposto dal Dott: _____

L' esame diagnostico di: **UROGRAFIA**

DICHIARAZIONE PER LE DONNE IN ETÀ FERTILE:



L'esame non deve essere effettuato in gravidanza, pertanto qualora la paziente abbia anche soltanto il dubbio di una gravidanza in atto (ritardo del ciclo mestruale, flusso scarso, discontinua assunzione di anticoncezionali), dovrà farlo presente al personale medico e tecnico.

La sottoscritta _____ nata a _____ il _____

DICHIARA

di non essere in stato di gravidanza accertata o presunta .

Data _____

Firma _____

COMPRESIONE PER IL PAZIENTE.

Mi è stata data l'opportunità di porre ogni domanda a riguardo delle procedure previste in questo studio ed i medici responsabili hanno fornito ogni spiegazione alle mie domande.

Autorizzo il mio case-manager/primo operatore ed i suoi collaboratori designati all'attuazione delle procedure previste da questo protocollo. Posso decidere di non partecipare o posso ritirare il mio consenso ed interrompere le procedure in ogni momento.

Inoltre ho compreso che i medici possono decidere di interrompere il trattamento qualora il responsabile ritenga che questo sia nel mio migliore interesse. Il medico responsabile mi comunicherà qualora tali circostanze dovessero verificarsi.

Mi è stato garantito, altresì, che verrà garantita la massima riservatezza dei dati sensibili personali; pertanto:

DO il mio consenso affinché il mio caso sia oggetto di utilizzo a fini scientifici e consapevolmente, quindi:

- **Accenso** al trattamento propostomi che verrà praticato dall'equipe di questa Unità;
- **Autorizzo** i Sanitari curanti, ove durante l'intervento evidenziassero altre patologie non precedentemente diagnosticate, a provvedere, secondo scienza e coscienza, al loro trattamento, anche modificando il programma terapeutico prospettatomi e preventivamente concordato;
- **Autorizzo** l'utilizzo dei tessuti e/o organi eventualmente asportatimi durante il trattamento al fine di formulare una diagnosi istopatologica, ma anche per procedure finalizzate al miglioramento delle conoscenze in campo scientifico;
- **Autorizzo** che nel corso di procedure diagnostiche e/o terapeutiche vengano eseguite riprese filmate e/o fotografiche e che queste vengano utilizzate in ambito medico per migliorare le conoscenze scientifiche, nel rispetto completo della mia privacy.

Firma del Medico _____

Firma del/la Paziente _____

Firma del Tutore legale/Legale Rappresentante _____

Data _____