



TITOLO	CODICE	REVISIONE	PAGINA
CONSENSO INFORMATO CISTO-URETROGRAFIA RETROGRADA	C.I. – RAD. - 2	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: **CISTO-URETROGRAFIA RETROGRADA**

INFORMATIVA : CISTO-URETROGRAFIA RETROGRADA

La cistografia è l'indagine radiologica dell'apparato urinario eseguita mediante opacizzazione retrograda della vescica e dell'uretra grazie alla somministrazione di un mezzo di contrasto radiopaco attraverso un catetere.

Perché è necessario questo esame?

Questa tecnica è fondamentale sia nello studio anatomico della vescica e dell'uretra sia come indagine funzionale, evidenziando un eventuale reflusso (=anomalo passaggio) di urina dalla vescica medesima negli ureteri. La cistografia è un esame che richiede la introduzione di mezzo di contrasto in vescica ed espone il paziente alle radiazioni ionizzanti; per questo motivo, vista la disponibilità di altre tecniche diagnostiche altrettanto utili per la visualizzazione della vescica e non irradianti, come l'ecografia, viene utilizzato quale esame di seconda scelta, al fine di chiarire dubbi diagnostici di una certa importanza, ai quali gli esami più semplici e meno invasivi non sono in grado di dare una risposta definitiva.

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. La invitiamo inoltre a bere secondo i normali bisogni fino a circa 2 ore prima della introduzione del mezzo di contrasto ed a svuotare completamente la vescica prima dell'inizio dell'esame per evitare la diluizione del mezzo di contrasto e rendere pertanto l'esame poco significativo, quindi inutile.

Come si svolge

L'esame non è particolarmente doloroso né fastidioso, a parte la necessità di sottoporsi alla introduzione di un catetere in vescica e di osservare le prescrizioni per la preparazione intestinale. Poco prima dell'inizio della procedura viene instillato in uretra del gel contenente un anestetico locale, quindi si introduce nell'uretra sino alla vescica un catetere attraverso il quale si inietta il mezzo di contrasto, che sarà rimosso al completamento dell'opacizzazione della vescica o dopo la fase minzionale. Durante l'esame il paziente è posizionato sull'apparecchio radiografico in posizione sdraiata; 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 (cistografia 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.

Quali precauzioni adottare dopo l'esame?

È necessario che il paziente esegua una copertura antibiotica per il rischio di infezioni.

Possibili complicazioni

L'impiego del mezzo di contrasto può esporla a:

- **Fenomeni di tossicità** alla sostanza che si manifestano con sintomi quali sensazione di debolezza fino alla breve perdita di coscienza, vampate di calore, sudorazione e, a distanza di tempo dall'effettuazione dell'esame, in sede di introduzione del catetere, irritazione ed infiammazione locale. Qualora i suddetti sintomi non vengano adeguatamente segnalati al Curante e trattati è possibile che si verifichi un danno permanente in sede renale.
- **Fenomeni di intolleranza** alla sostanza che si evidenziano come nausea e/o vomito, cefalea, vertigini, pallore cutaneo, ponfo cutaneo, accelerazione delle pulsazioni cardiache, difficoltà respiratoria, stato di agitazione. Raramente (in un caso su 15.000) a tali sintomi può far seguito senso di soffocamento dovuto al gonfiore delle mucose delle prime vie aeree, che, se non immediatamente trattato con adrenalina e cortisonici, può realizzare un quadro clinico di collasso cardio circolatorio ed anche l'exitus. Per tali motivi gli esami diagnostici che utilizzano il m.d.c. vengono effettuati in ambiente ospedaliero. In alcuni casi possono verificarsi: temporanee emorragie nella vescica e/o bruciore alla prima urinazione successiva all'esame, infezioni. Anche se raramente, si possono verificare lesioni dell'uretra o della vescica da perforazione meccanica uretrale o vescicale.

Cosa dire al medico radiologo ed all'assistente in formazione

Eventuale tendenza ad emorragie spontanee, la presenza di malattie cardiocircolatorie, l'ipersensibilità nei confronti di anestetici locali od altre eventuali manifestazioni allergiche devono essere rese note al medico che esegue l'indagine. È 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.



TITOLO	CODICE	REVISIONE	PAGINA
CONSENSO INFORMATO CISTO-URETROGRAFIA RETROGRADA	C.I. – RAD. - 2	2 STESURA	2

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: **CISTO-URETROGRAFIA RETROGRADA**

INFORMATIVA : CISTO-URETROGRAFIA RETROGRADA

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 _____
il _____

nata a _____.

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 isto-patologica, 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 _____