

**ATTO SANITARIO: CISTOURETROGRAFIA
MINZIONALE**

Vi diamo il benvenuto nella Struttura Complessa di Radiologia Pediatrica dell'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico Burlo Garofolo di Trieste. Vi segnaliamo che, durante la permanenza in ospedale vostra o di vostro figlio/a, tutto il personale del reparto si adopererà per soddisfare ogni vostra esigenza di informazione sul percorso di cura e sulle regole organizzative interne. Vi preghiamo di leggere attentamente le informazioni riportate in questo modulo prima di firmare il vostro consenso al piano diagnostico e terapeutico proposto. Accertatevi di aver compreso bene tutte le fasi della procedura, che richiedono una partecipazione attiva e consapevole. Le informazioni fornite non sostituiscono in alcun modo il colloquio con il medico, al quale è possibile esprimere qualsiasi quesito in merito.

PARTE A - RACCOLTA DEI DATI ANAGRAFICI

Io/noi sottoscritto/a/i, in qualità di assistito/a genitori (*entrambi*) madre padre
 tutore altro responsabile legale,
responsabile/i della compilazione dei dati sottoindicati:

DATI IDENTIFICATIVI

Etichetta	Dati identificativi dell'assistito/a	
	Cognome	Nome
	Nato/a a	il
	Residente a	CAP
	in Via	

DA COMPILARE SOLO SE L'ASSISTITO/A È MINORENNE (<18 ANNI) E NON EMANCIPATO/A

<p>Dati dei genitori o del titolare della responsabilità genitoriale*: <i>In caso di minore vi è la necessità di ottenere il consenso da <u>entrambi i genitori</u>, o da chi, giuridicamente, ne faccia le veci. Tale assunto non si modifica anche qualora il minore sia affidato ad uno solo dei genitori, i quali risultino separati o divorziati, come dagli stessi dichiarato. L'opinione del minore, nella misura in cui lo consente la sua età e il suo grado di maturità, è sempre presa in considerazione.</i> <u>In caso di presenza di uno solo dei due genitori, quest'ultimo, sotto la propria responsabilità, dovrà dichiarare l'assenso del genitore assente attraverso modello di autocertificazione (Mod 0199).</u> <i>In caso di presenza del legale rappresentante non genitore, deve essere <u>allegata</u> la documentazione che attesta i poteri conferiti¹.</i></p>	Nome e cognome dei genitori	
	Madre Cognome	
	Nome	
	Nata a	
	il	
	Residente a	
	CAP	
	in Via	
	Padre Cognome	
	Nome	
Nato a		
il		
Residente a		
CAP		
in Via		
Altro Titolare della responsabilità genitoriale		
Cognome		
Nome		
Nato a		
il		
Residente a		
CAP		
in Via		
Documento di identità		

DICHIARO/DICHIARIAMO

di essere stato/a/i informato/a/i, dal dott./dott.ssa, in relazione all'atto sanitario proposto, di seguito descritto, che verrà effettuato dal personale preposto a,
 con il supporto del mediatore culturale Sig./Sig.a

¹ Allegare copia del decreto di nomina del Giudice Tutelare (ai sensi della L. 9 gennaio 2004, n°6 e successive modifiche ed integrazioni).

PARTE B – INFORMATIVA

DIAGNOSI / CONDIZIONI CLINICHE

ATTO SANITARIO

E' l'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 vescicale.

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).

Questa tecnica è fondamentale nello studio anatomico della vescica, dell'uretra e come indagine funzionale per evidenziare un eventuale reflusso (anomalo passaggio di urina dalla vescica negli ureteri).

Può essere indicata nello studio di alcune condizioni patologiche uretro-vescicali e renali (calcoli, diverticoli, cistiti complicate, infezioni delle vie urinarie, reflusso vescico – ureterale, tumori)

Si 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.

L'esame non è particolarmente doloroso. Le donne in età fertile devono escludere gravidanze in corso.

ESITI PREVEDIBILI (BENEFICI) DEL TRATTAMENTO PROPOSTO

Scopo della cistouretrografia è quello di indagare vescica e uretra per inquadrare il problema clinico e trattarlo con la terapia più opportuna.

EVENTUALE ALTERNATIVE (CON VANTAGGI E RISCHI)

Lo specialista radiologo, sotto la propria piena responsabilità e solo dopo essersi consultato con il suo medico curante, orienterà la Sua scelta nei confronti di un eventuale esame alternativo. Su tale esame Le saranno adeguatamente illustrati rischi e benefici.

RISCHI E COMPLICANZE EVENTUALI DEL TRATTAMENTO

La procedura è estremamente sicura ed è stata effettuata su milioni di pazienti, ma occasionalmente possono verificarsi dei problemi. Le complicanze sono solitamente legate al cateterismo vescicale. Possono verificarsi delle infezioni a carico delle vie urinarie (cistiti, uretriti) nel 6% dei casi. Talora si può verificare la fuoriuscita di un po' di sangue dall'uretra e assai raramente può insorgere una ritenzione urinaria. La possibilità di una perforazione della vescica è eccezionale. Il trattamento di tali eventi richiede il ricovero per attuare le terapie opportune

ESITI DEL NON TRATTAMENTO

Diagnosi assente o incompleta.

ALTRI PROBLEMI / NOTE

Il presente consenso è conforme alla normativa nazionale vigente in materia di radioprotezione delle persone contro i pericoli delle radiazioni nelle esposizioni mediche (D.Lgs.101/2020).

In tutti i casi di indagine radiologica è importante che il medico prescrivente e lo specialista radiologo giustificino l'esame prescritto valutando il rapporto rischio/beneficio derivante dall'esame stesso, che deve tendere a favore del massimo beneficio (art.157 e 159), tenendo in debita considerazione condizioni cliniche specifiche, compreso lo stato di gravidanza (art. 166).

Il Personale è inoltre a Sua disposizione per eventuali ulteriori chiarimenti.



PARTE C2 – ACQUISIZIONE DEL CONSENSO A FORNIRE INFORMAZIONI SANITARIE A PARENTI/CONOSCENTI

RICHIEDO/RICHIEDIAMO che le mie condizioni cliniche (o quelle del minore assistito / assistito sotto tutela) e gli esiti dell'indagine siano trasmessi alle seguenti persone:

Cognome, Nome e data di nascita

Rapporto con l'assistito/a:

Cognome, Nome e data di nascita

Rapporto con l'assistito/a:

RICHIEDO/RICHIEDIAMO che delle mie condizioni cliniche (o quelle del minore assistito / assistito sotto tutela) e degli esiti dell'indagine NON sia informato nessuno.

.....
<i>Data</i>	<i>L'assistito/a o il rappresentante legale (primo genitore/tutore)</i>	<i>Il rappresentante legale (secondo genitore)</i>

PARTE D – DIRITTO ALLA REVOCA

DICHIARO/DICHIARIAMO DI VOLER REVOCARE IL CONSENSO

all'atto sanitario proposto alla fornitura di informazioni a parenti/conoscenti
 altro (*specificare*)

.....
<i>Data</i>	<i>L'assistito/a o il rappresentante legale (primo genitore/tutore)</i>	<i>Il rappresentante legale (secondo genitore)</i>