

## NORME DI PREPARAZIONE

### RIMOZIONE STENT-DOPPIO J

IL PAZIENTE È INVITATO AD ATTENERSI SCRUPolosAMENTE ALLE NORME RIPORTATE

IL GIORNO DELL'ESAME:

- RIPOrtARE COMPILATO IL CONSENSO INFORMATO
- PRESENTARSI CON IMPEGNATIVA DEL MEDICO CURANTE E CON LA DOCUMENTAZIONE IN POSSESSO (ECOGRAFIA, RADIOGRAFIE..)
- PORTARE IN SEDE L'ESITO DEL CTM URINE (SOLO PER LE PRESTAZIONI DI CISTOSCOPIA TRANSURETRALE E URETROSCOPIA; NON NECESSARIO PER RIMOZIONE STENT DOPPIO J)

SEGUIRE LA PREPARAZIONE DI SEGUITO SPECIFICATA:

- **Prima dell'esame** è consigliabile una **profilassi antibiotica** che deve avere inizio la sera precedente l'esame (l'esame non si esegue in caso di cistite acuta in atto o ematuria). Il paziente assumerà un farmaco (generalmente un chinolonico) con prescrizione del Medico Curante: questa terapia proseguirà **per i 3 giorni successivi all'esame**
- **Non serve il digiuno**
- **E' necessario urinare prima dell'esame**
- **Se si assume una terapia anticoagulante**, occorre necessariamente provvedere alla sua sostituzione temporanea con terapia eparinica sottocute, come da prescrizione da attuarsi da parte del medico di famiglia

**UNITA' OPERATIVA di UROLOGIA**

Responsabile: Dr. Gianluigi Taverna

**CONSENSO INFORMATO  
CISTOSCOPIA TRANSURETRALE**

Io sottoscritto/a

<i>in caso di assenza di etichetta identificativa paziente compilare i dati sottostanti</i>	<b>GENERALITÀ PAZIENTE</b>  (apporre l'etichetta identificativa)
Cognome e Nome _____	
Nato/a _____ il ____/____/____	

**dichiaro di**

essere stata/o informata/o in modo chiaro ed a me comprensibile dal Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_

- ✓ della diagnosi formulata alla conclusione della visita e/o degli esame/i diagnostici a cui sono stato sottoposto:

*inserire la diagnosi*

- ✓ della necessità di sottopormi a:

*inserire intervento chirurgico/procedura*

- ✓ delle patologie concomitanti che costituiscono un rischio individuale specifico tale da influenzare il rischio di complicanze:

*indicare le patologie*

**NULLA DA SEGNALARE**

- ✓ delle alternative terapeutiche all'intervento chirurgico/procedura proposto

*Il presente modulo viene consegnato al paziente in previsione dell'intervento chirurgico / procedura, a completamento di quanto già espresso verbalmente, per informarlo dei rischi e dei benefici connessi all'operazione prevista ed ottenere il Suo consenso informato. Tale atto, indispensabile e previsto dalla legge, viene richiesto a tutela del malato e non al fine di sollevare il medico dalle responsabilità professionali. Si prega di leggere per esteso il documento prima di firmarlo, rivolgendosi al medico dell'Unità Operativa / Servizio per ogni eventuale chiarimento.*

*Dopo aver letto queste notizie e dopo averne parlato con il medico responsabile delle sue cure o con il medico che eseguirà l'intervento necessario, il paziente sottoscriverà questo consenso al trattamento proposto od opporrà un suo rifiuto. In quest'ultima spiacevole condizione nulla cambierà nei rapporti tra il paziente ed i medici del reparto che continueranno ad impegnarsi per fornire il miglior trattamento possibile anche senza quello proposto, ritenuto assolutamente necessario. Deve essere chiaro che la mancata esecuzione della procedura terapeutica proposta, implicherà l'aumentato rischio di mortalità o una rilevante riduzione dei risultati terapeutici.*

### **1. A COSA SERVE LA CISTOSCOPIA ED ESISTONO ALTERNATIVE?**

Questo esame 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.

È l'unico esame che consente di vedere direttamente l'interno della vescica.

La cistoscopia utilizza come strumento il "cistoscopio", uno strumento sterile che permette di vedere dentro l'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: questo vantaggio è decisivo per l'uomo e poco rilevante per la donna per via dell'uretra molto più corta e rettilinea.

### **2. COSA ACCADE PRIMA DELL'ESAME?**

Prima dell'esame è consigliabile una profilassi antibiotica che deve avere inizio la sera precedente l'esame (l'esame non si esegue in caso di cistite acuta in atto o ematuria). Il Paziente assumerà un farmaco (generalmente un chinolonico) con prescrizione del Medico Curante: questa terapia proseguirà per i 3 giorni successivi all'esame. Non serve il digiuno, mentre è necessario urinare prima dell'esame. I Pazienti in terapia anticoagulante, devono necessariamente provvedere alla loro sostituzione temporanea con terapia eparinica sottocute, come da prescrizione da attuarsi da parte del medico di famiglia.

### **3. COME SI SVOLGE L'ESAME? SERVE UNA ANESTESIA?**

La procedura, che generalmente è ben accettata dai Pazienti, è di tipo ambulatoriale e viene eseguita in asepsi (in condizioni di sterilità). Non richiede l'esecuzione di anestesia generale o periferica. Di solito è sufficiente lubrificare l'uretra con 5-10 cc di gel lubrificante che contiene dell'anestetico. Se il fastidio durante la procedura dovesse divenire eccessivo, l'operatore potrebbe decidere di sospendere la procedura o riprogrammarla (in un secondo incontro con procedura di ricovero in Day Surgery) previo utilizzo di assistenza anestesiológica (sedazione). Il cistoscopio viene introdotto nell'uretra e risale sino a raggiungere la vescica che viene distesa con soluzione irrigante (acqua sterile salina) per ispezionarne le pareti. Sono disponibili cistoscopi di vario calibro, rigidi e flessibili a seconda delle necessità. Nel caso di utilizzo di cistoscopio flessibile il Paziente è supino mentre in caso di utilizzo di cistoscopio rigido il Paziente è supino e con le gambe sollevate su dei gambali.

La procedura ha una durata di circa 5 minuti, a seconda della facilità con cui può essere raggiunta ed ispezionata la vescica.

#### **4. QUALI SONO I VANTAGGI O GLI SVANTAGGI A SEGUITO DELL'ESAME?**

I vantaggi della cistoscopia sono quelli derivanti dall'essere un esame di primo livello (pertanto estremamente preciso ed affidabile) per la diagnosi delle malattie vescicali. Lo svantaggio è quello di essere comunque un esame mini-invasivo, pertanto richiedendo una partecipazione da parte del Paziente durante l'esame medesimo, non è attuabile "ambulatorialmente" nei bambini o nelle persone con limitata tolleranza.

#### **5. QUALI SONO LE COMPLICANZE CHE POSSONO VERIFICARSI?**

Benché siano state descritte complicanze correlate a questo tipo di procedura quali lesioni dell'uretra, uretrorragia, ematuria, infezione, urgenza minzionale, ritenzione acuta di urina, pollachiuria (aumento della frequenza minzionale), bruciore minzionale, queste sono oggigiorno eccezionali e comunque temporanee e facilmente curabili con l'assunzione di una terapia medica. Dopo l'esecuzione della procedura viene consigliato di bere abbondantemente (almeno 2 litri di liquidi nell'arco della giornata).

#### **6. QUALI POSSONO ESSERE LE CONSEGUENZE A MEDIO E LUNGO TERMINE?**

In caso di disturbi urinari persistenti, i controlli che vengono indicati consistono nell'esecuzione dell'esame delle urine o dell'urinocoltura. Ulteriori controlli saranno stabiliti in relazione alla patologia di base.

#### **7. INFORMAZIONI UTILI**

Il paziente dovrà presentarsi con impegnativa del Medico Curante e con tutta la documentazione in suo possesso (ecografia, radiografie..) **per poter eseguire l'esame è indispensabile portare in sede l'esito del ctm urine.**

# CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto/a

*in caso di assenza di etichetta identificativa paziente  
compilare i dati sottostanti*

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## GENERALITÀ PAZIENTE

(apporre l'etichetta identificativa)

### dichiaro di

- aver letto e compreso l'informativa specifica, parte integrante di questo consenso
- essere stato adeguatamente informato sul mio stato di salute, sulle modalità di esecuzione terapeutiche dell'intervento chirurgico/procedura propostami, sulle finalità diagnostiche/terapeutiche dell'intervento chirurgico/procedura stessa, sulle complicanze più frequenti, sui rischi e sui benefici del trattamento, sulle alternative di cura e sulle eventuali conseguenze da rifiuto del trattamento stesso, sulla necessità, qualora si verificasse, di ricorrere a emotrasfusioni
- essere stato informato sull'equipe che esegue l'intervento chirurgico /procedura proposti
- essere stato adeguatamente informato sulle patologie concomitanti per le quali il rischio specifico dell'intervento proposto/procedura risulta essere aumentato
- avere compreso e discusso con il medico le informazioni che mi sono state fornite
- essere a conoscenza di poter revocare il consenso in qualsiasi momento
- di autorizzare i sanitari, ove durante l'intervento chirurgico/procedura se ne ravvisasse la necessità, a modificare il programma chirurgico prospettato e preventivamente concordato
- aver riferito al medico la mia storia clinica e tutte le terapie convenzionali e alternative che sto assumendo

### e quindi in piena consapevolezza

**ACCETTO**

**RIFIUTO**

di SOTTOPORMI presso CODESTA STRUTTURA  
ad INTERVENTO CHIRURGICO/PROCEDURA sopraindicato

### Informazione data al paziente tramite INTERPRETE e/o in presenza di TESTIMONE

Nome e Cognome dell'INTERPRETE

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Nome e Cognome del TESTIMONE

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

### INCAPACITA' D'INTENDERE e DI VOLERE

· sì

Nome e Cognome del TUTORE LEGALE

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

### PAZIENTE MINORE

*\*il consenso del paziente minore deve essere sottoscritto da entrambi i genitori*

Firma madre

\_\_\_\_\_

Firma padre

\_\_\_\_\_

Firma Tutore legale

\_\_\_\_\_

Firma giudice tutelare

\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma paziente **X** \_\_\_\_\_

Timbro e Firma Medico **X** \_\_\_\_\_