



CASA DI CURA BEATO PALAZZOLO

BERGAMO

DIRETTORE SANITARIO DOTT. ALBERTO IMBERTI



Sistema qualità certificato
UNI EN ISO 9001

SERVIZIO DI RADIOLOGIA

MODULO DI INFORMAZIONE ALL'ESECUZIONE DI CISTOGRAFIA

Nel corso dell'indagine radiologica (mediante Raggi X) richiesta, per poter fornire elementi utili alla diagnosi del Suo caso, è necessario introduzione in vescica una particolare sostanza (Iodio) detto **mezzo di contrasto**. Per questa operazione si rende necessario il posizionamento di un catetere in vescica (tale procedura verrà eseguita dal Medico radiologo che eseguirà l'esame).

Qualora l'indagine richiesta fosse l'Uretrocistografia Retrograda, l'estremità del catetere viene "fissata" nel tratto distale dell'uretra attraverso un palloncino di cui è dotato il catetere utilizzato.

Quindi si procede all'introduzione del mezzo di contrasto (circa 200 cc di contrasto iodato) attraverso il catetere, con successiva documentazione radiografica dell'esame.

Se richiesta, viene studiata anche la minzione: il/la Paziente è invitato/a urinare in un apposito contenitore mentre vengono eseguiti alcuni radiogrammi.

E' talora possibile che si verifichi sanguinamento dopo il cateterismo, che non richiede generalmente alcun trattamento. In rarissimi casi può verificarsi una vera emorragia uretrale che necessita di intervento terapeutico di tipo medico. Remota la complicità infettiva (uretrite o cistite).

Se nelle ore successive all'esame comparisse febbre, anche preceduta da brividi, è necessario assumere antibiotico per almeno 6 giorni (CHINOLONICI se non esistono controindicazioni, altrimenti contattare il proprio Medico di Medicina Generale).

NB: In caso di gravidanza l'esame è controindicato

PREPARAZIONE ALL'ESAME

- La sera prima dell'esame fare un clistere di pulizia
- La mattina dell'esame (circa 2 ore prima) mettere una supposta di glicerina.

Mod.DIA5 – Rev.5 del 03/06/2014

Tutto ciò premesso, il/la sottoscritto/a.....
Nata/o a..... il.....
Residente a..... in via.....

Con la presente dichiaro di aver letto e compreso quanto esposto nel presente modulo, di aver capito lo scopo del trattamento come pure i benefici e i rischi sottoponendomi all'esame.

Le mie domande e i miei dubbi hanno avuto risposta chiara e non necessito di ulteriori informazioni.

Sono pertanto in grado di esprimere una scelta consapevole e accettare di essere

Sottoposta/o all'esame.....

che verrà effettuato dal Dr.....

Rilascio il mio consenso
(Firma paziente o Tutore)

.....

Non rilascio il mio consenso
(Firma paziente o Tutore)

.....

Cognome e Nome del Medico Radiologo (stampatello)

.....

Ho descritto le informazioni rilevanti e quelle richieste dal trattamento sanitario sopra specificato al/alla Paziente/Tutore in fede:

Firma del Medico radiologo

.....

Data

.....

Compilare da parte della Paziente: GRAVIDANZA? SI NO

REVOCO IL MIO CONSENSO al trattamento sanitario di cui sopra:

Firma del/della Paziente

.....

Firma del Medico Radiologo

.....

Data

.....