



CONSENSO INFORMATO CISTOSCOPIA TRANSURETRALE

Io sottoscritto/a

Cognome e Nome

Nato/a a Il/...../.....

dichiaro di

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

della necessità di sottopormi a:

inserirsi 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 informarla 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.

Data/...../.....

Firma paziente

Timbro e Firma Medico.....



INFORMATIVA

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. E' 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, a seconda delle indicazioni dello Specialista Urologo, 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 **FOSFOMICINA**) 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.

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

La procedura, che generalmente è ben accettata dai Pazienti, 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. 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.

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 oggi 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, poco e spesso).

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.

INFORMAZIONI UTILI

Il paziente dovrà presentarsi con tutta la documentazione in suo possesso (ecografia, radiografie).



CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto/a

Cognome e Nome

Nato/a a Il/...../.....

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
- 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'interventoproposto/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 prospettatomi 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/PROCEDURA sopraindicato

informazione data al paziente INCAPACE DI INTENDERE E DI VOLERE o MINORE

TUTORE per paziente incapace di intendere e di volere

GENITORE o TUTORE LEGALE in caso di minore età

Data/...../.....

Firma paziente

Timbro e Firma Medico.....

Pag. 3 a 3