	<b>INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO</b> <b>RADIOLOGIA INTERVENTISTICA APPARATO URINARIO</b>	<b>AST_RAD_510_Ed02</b>
		Approvazione: Direttore Dipartimento Area dei Servizi Diagnostici
		Data di Emissione: 19.05.2023

## INFORMATIVA

### 1. CHE COSA È

L'interventistica dell'apparato urinario comprende una serie di procedure diagnostiche e/o terapeutiche atte a visualizzare le vie urinarie, identificare e trattare l'eventuale patologia. Le procedure possono essere eseguite sotto guida ecografica o fluoroscopica (raggi X).

### 2. A COSA SERVE

Si tratta di una serie di interventi diagnostici e/o terapeutici percutanei o endoscopici (drenaggio, *stent*, protesi) sulle vie urinarie per trattare patologie specifiche. Le vie urinarie normalmente sono state precedentemente indagate con altri esami (ecografia, biopsia, TC, RM, etc.).

### 3. COME SI EFFETTUA

Le procedure sono eseguite in anestesia locale ed eventuale analgesia sistemica e hanno durata variabile, in relazione alla complessità anatomica e all'estensione della patologia. Nelle procedure percutanee la via urinaria viene punta con un ago-guida con l'ausilio dell'*imaging*, con eventuale iniezione di mezzo di contrasto visibile ai raggi X. Successivamente mediante impiego di guide e/o cateteri è possibile posizionare uno *STENT* di plastica o metallo, che consente di risolvere eventuali ostruzioni (di varia natura) o a scopo preventivo (protezione pre-chirurgia/radioterapia).

### 4. COSA PUÒ SUCCEDERE – EVENTUALI COMPLICANZE

Le complicanze riportate in letteratura sono rare e possono comprendere:

- Ematuria (presenza di sangue nelle vie urinarie);
- Febbre con presenza di batteri nel circolo sanguigno (batteriemia) transitoria, specie in caso di patologia infettiva;
- Dolore;
- Ematomi locali;
- Emorragie nell'addome;
- Reazioni vagali con nausea, caduta della pressione arteriosa e/o della frequenza cardiaca;
- Migrazione del dispositivo inserito dalla posizione originaria;
- Complicanze legate all'utilizzo del mezzo di contrasto (vedi informativa specifica).

L'*équipe* è in grado di fornire la migliore assistenza possibile in tutti questi casi

### 5. PREPARAZIONE NECESSARIA E RACCOMANDAZIONI

Per l'esecuzione della procedura\* è necessario:

- Aver eseguito un prelievo di sangue recente che comprenda emocromo e coagulazione (massimo 10 giorni per pazienti ambulatoriali non in terapia anticoagulante);
- Essere a digiuno da almeno 6 ore;
- Non interrompere eventuali terapie farmacologiche in corso ad eccezione di terapie anticoagulanti/antiaggreganti per cui l'eventuale sospensione qualche giorno prima della procedura va concordata caso per caso con i medici dell'U.O. Radiologia.

Prima della procedura verrà posizionato un accesso venoso periferico. Dopo aver effettuato la procedura occorre il riposo a letto per 3-4 ore.

### 7. RISCHIO PER L'ESPOSIZIONE A RAGGI X

L'esposizione a raggi X comporta un aumento del rischio di sviluppare tumori. Il rischio è generalmente minimo, giustificato dal favorevole rapporto rischio/beneficio. In caso di procedure ripetute deve essere considerato l'effetto cumulativo dell'esposizioni ai raggi X. In caso di procedure interventistiche di lunga durata, potrebbero manifestarsi danni cutanei, alla mucosa intestinale, o al midollo osseo. In considerazione dei possibili effetti nocivi che le radiazioni ionizzanti possono avere su embrione e feto, la procedura è sconsigliata in caso di gravidanza (in caso di necessità si procederà alla valutazione di ogni singolo caso). Per questo motivo, **in caso Lei sia una donna in età fertile**, Le verrà richiesto di attestare di non essere in stato di gravidanza, accertata o presunta o di non poter escludere lo stato di gravidanza prima dell'esecuzione della procedura. Ulteriori informazioni sono riportate nei cartelli informativi affissi nelle sale di attesa o su richiesta.

**NOTE:** \*In regime di urgenza la necessità dell'intervento può associarsi alla scelta, da parte del medico responsabile dell'esame, di eseguire ugualmente la procedura anche in assenza delle condizioni di preparazione sopra indicate

In relazione al tipo di patologia da studiare il medico può ritenere necessaria la somministrazione di mezzo di contrasto (mdc). Se l'indagine può prevederne l'utilizzo, è necessario leggere l'informativa e firmare l'apposito modulo (AST\_RAD\_501).


### CONTATTI UTILI:

- SC Radiologia Presidio San Carlo Borromeo: tel. 02/4022.2039/2465; mail: [info.radiologia.hsc@asst-santipaolocarlo.it](mailto:info.radiologia.hsc@asst-santipaolocarlo.it);
- SC Radiologia Presidio San Paolo: tel. 02/8184.4652; mail: [info.radiologia.hsp@asst-santipaolocarlo.it](mailto:info.radiologia.hsp@asst-santipaolocarlo.it).

**Io sottoscritto (nome e cognome) .....** **dichiaro di aver letto e compreso il contenuto della presente informativa sanitaria, già verbalmente spiegata dal medico e relativa all'atto sanitario consigliatomi.**

Data.....

Firma.....

	<b>INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO</b> <b>RADIOLOGIA INTERVENTISTICA APPARATO URINARIO</b>	<b>AST_RAD_510_Ed02</b>
		Approvazione: Direttore Dipartimento Area dei Servizi Diagnostici
		Data di Emissione: 19.05.2023

<b>DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE</b>	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin: auto;"> <i>Spazio etichetta</i> </div>
Cognome ..... Nome..... Data di nascita ..... Lingua parlata: Italiano: SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Altro: ..... Peso (kg): ..... <b>INDAGINE RICHIESTA:</b> .....	

QUESTIONARIO ANAMNESTICO		
Ha già eseguito anestesie locali?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Se sì ha avuto reazioni allergiche?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Ha importanti allergie a farmaci o altre sostanze?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO

CONSENSO INFORMATO	
<b>Nome Cognome Paziente:</b> .....	
<b>Data di nascita:</b> .....	<b>Luogo di nascita:</b> .....
<b>Nazionalità</b> <input type="checkbox"/> Italiana <input type="checkbox"/> Altro: .....	<b>Lingua parlata, se non italiano:</b> ..... <b>e/o</b> <input type="checkbox"/> Rappresentante Legale: <input type="checkbox"/> Amministratore di Sostegno: <input type="checkbox"/> Tutore/curatore:
Nome e Cognome: ..... Data di nascita: .....      Luogo di nascita: ..... <i>(come da provvedimento del Giudice Tutelare allegato)</i>	
<input type="checkbox"/> Genitori:	
Padre - Nome Cognome: .....      Data di nascita: ..... Madre - Nome Cognome: .....      Data di nascita: ..... Presenza d'interprete/mediatore culturale: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI      Nome Cognome: .....	
Io sottoscritto/a, in qualità di: <input type="checkbox"/> <b>Paziente</b> <input type="checkbox"/> <b>Rappresentante legale</b> <input type="checkbox"/> <b>Genitore/i</b>	
Consapevole delle necessità di essere sottoposto/sottoporre il paziente all'atto sanitario ( <b>procedura diagnostica/terapeutica</b> ), <i>(specificare sito anatomico e lato di effettuazione)</i> di: .....	
Dichiaro di essere stato/a informato/a dal Dr/Dr.ssa..... in modo comprensibile, esaustivo ed adeguato, attraverso colloquio e materiale informativo consegnatomi, in merito a:	
<input type="checkbox"/> L'atto sanitario sopra indicato, consigliato per la cura e/o migliorare la prognosi, i relativi rischi e vantaggi, le eventuali conseguenze temporanee o permanenti e la modalità di effettuazione;	
<input type="checkbox"/> La possibilità di dover modificare o ampliare l'intervento, così come già programmato e autorizzato, di fronte a situazioni impreviste e al momento difficilmente prevedibili.	
Inoltre dichiaro di avere letto e capito le informazioni di seguito esplicitate, relative a:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La mia patologia <i>(quale è la patologia che richiede gli accertamenti diagnostici o gli atti terapeutici)</i>:            .....</li> <li>▪ Le mie condizioni cliniche o fisiologiche che possono influire sugli esiti o determinare complicazioni o rappresentare fattori di rischio aggiuntivi <i>(patologie, allergie, terapie farmacologiche, gravidanza, ecc.)</i>:            .....            .....</li> </ul>	

**INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO  
RADIOLOGIA INTERVENTISTICA APPARATO URINARIO**

AST\_RAD\_510\_Ed02

Approvazione: Direttore  
Dipartimento Area dei Servizi  
Diagnostici

Data di Emissione: 19.05.2023

- Il trattamento sanitario propostomi e le sue indicazioni, la modalità di effettuazione, il tipo di anestesia e la necessità di eventuali ulteriori trattamenti (*per complessità dell'intervento, per possibili recidive*);
- I benefici conseguibili e la loro probabilità di raggiungimento;
- I rischi e le complicanze prevedibili, comprese quelle infettive e loro probabilità di verificarsi;
- Le alternative possibili, a sostanziale parità di efficacia, i loro rischi e le ragioni che motivano l'atto sanitario proposto;
- Le eventuali terapie da effettuare prima dell'intervento medico o chirurgico consigliato;
- Le prevedibili conseguenze del rifiuto del trattamento proposto.

Preso atto della situazione illustrata:  Confermo di aver compreso le informazioni ricevute Chiedo ulteriori spiegazioni riguardo a: .....

Io sottoscritto/a dichiaro di avere avuto risposte esaurienti ai quesiti e chiarimenti avanzati spontaneamente e di essere pienamente cosciente, consapevole e libero/a nelle scelte che attengono alla mia persona/al mio assistito

Pertanto  **accetto**  **rifiuto**, con scelta attuale e spontanea, l'atto sanitario propostomi

Dichiaro di essere a conoscenza della possibilità di REVOCARE (\*\*) il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'intervento.

**La presente firma conferma che il consenso o il rifiuto all'atto proposto è espresso dal sottoscritto/a e che il presente modulo è conforme all'andamento del colloquio/dei colloqui avuti con il/i medico/i e con l'informativa ricevuta.****Firma dell'interessato:** ..... **Data:** .....*(Nel caso di minore, firme dei genitori):* .....**Firma, timbro o matricola del medico:** .....

U.O: .....

Eventuale Interpretare/Mediatore Culturale/Testimone:

Nome e Cognome: ..... Firma: .....

Il paziente che ha espresso il proprio consenso è libero di rifiutare la prestazione in qualsiasi momento.

**NOTA: \*\* In caso di revoca successiva del consenso**

Data: .....

Firma dell'interessato *(Nel caso di minore, firme dei genitori):* .....

Firma, timbro o matricola del medico: .....

U.O: .....

Osservazioni: .....