



## INFORMATIVA

### 1. CHE COSA È

È 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.

### 2. IN COSA CONSISTE

L'uretrocistografia minzionale rappresenta l'indagine di elezione per ottenere una valutazione morfologica della vescica e dell'uretra. Questa tecnica è fondamentale come indagine funzionale per evidenziare un eventuale reflusso (anomalo passaggio di urina dalla vescica negli ureteri). Può essere indicata anche nello studio di alcune condizioni patologiche uretro-vescicali (calcoli, diverticoli, cistiti complicate, reflusso, tumori).

### 3. COME SI SVOLGE

Si introduce nell'uretra o in vescica un catetere attraverso il quale si inietta il mezzo di contrasto. La vescica viene distesa progressivamente fino a quando il paziente avverte lo stimolo a urinare. Tutte le fasi vengono documentate con immagini radiografiche e radioscopiche. Per gli esami in età pediatrica è necessaria la collaborazione di un parente per aiutare a mantenere la posizione corretta.

### 4. PREPARAZIONE NECESSARIA – RACCOMANDAZIONI

Non è richiesta alcuna preparazione.

### 5. I DISAGI E GLI EFFETTI INDESIDERATI

La cistografia e la uretrocistografia minzionale sono metodiche di diagnostica per immagini in genere ben tollerate senza particolari disagi correlati alla sua esecuzione. Normalmente il fastidio di tale indagine si limita all'introduzione del catetere.

### 6. I POSSIBILI RISCHI E COMPLICANZE CONNESSI ALL'INDAGINE DIAGNOSTICA CONSIGLIATA

In alcuni casi possono verificarsi: temporanee emorragie nella vescica, bruciore alla minzione dopo l'esame o infezioni. Nel caso di infezioni successive all'esame, il medico di base o lo specialista potrà consigliare una terapia antibiotica appropriata. Molto raramente le manovre di introduzione del catetere possono provocare irritazione o lesioni a livello della parete uretrale o vescicale.

Il mezzo di contrasto può raramente provocare alcune reazioni avverse che vengono classificate come lievi (nausea, vomito, prurito), moderate (orticaria diffusa, edema facciale, broncospasmo) che sono in genere risolte con semplici provvedimenti terapeutici che vengono effettuati direttamente in reparto di Radiologia al presentarsi dei sintomi.

Molto raramente si possono verificare reazioni severe (shock ipotensivo, edema polmonare, arresto cardio-respiratorio), che in casi eccezionali possono provocare il decesso, per le quali sono approntate in ambito ospedaliero le necessarie procedure di intervento.

### 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.

### CONTATTI UTILI:

- Radiologia Presidio San Paolo: tel. 02 8184.4658; email: [info.radiologia.hsp@asst-santipaolocarlo.it](mailto:info.radiologia.hsp@asst-santipaolocarlo.it);
- Radiologia Presidio San Carlo Borromeo: tel. 02 4022.2465; email: [info.radiologia.hsc@asst-santipaolocarlo.it](mailto:info.radiologia.hsc@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.....

**INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO  
CISTOGRAFIA E URETROCISTOGRAFIA MINZIONALE**

AST\_RAD\_528\_Ed01

Approvazione: Direttore Dipartimento  
Area dei Servizi Diagnostici

Data di Emissione: 19.05.2023

**DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE**

Cognome .....

Nome .....

Data di nascita .....

Lingua parlata: Italiano: SÌ  NO  Altro: .....

Peso (kg): .....

Spazio etichetta

**INDAGINE RICHIESTA:** .....**MODALITÀ DI SOMMINISTRAZIONE** (se diversa da quella endovenosa):  
.....**QUESTIONARIO ANAMNESTICO**

Ha già eseguito esami con mezzo di contrasto (mdc) iodato?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Ha avuto reazioni allergiche al mdc iodato?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Se sì di che tipo? <input type="checkbox"/> Lievi: <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Severe		
Ha importanti allergie a farmaci o altre sostanze?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Soffre di asma grave?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO

**CONSENSO INFORMATO**

Valutate le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati forniti, avendo compreso quanto sopra sinteticamente riportato dichiaro di:

**Accettare**  **Rifiutare l'indagine proposta**

**Firma del paziente:** ..... **Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Se minore:**

Padre - Nome Cognome: ..... Data di nascita: ..... Firma: .....

Madre - Nome Cognome: ..... Data di nascita: ..... Firma: .....

**Tutore/Amministratore di sostegno:**

.....  
(nome, cognome e firma)

**Eventuale Interprete/Testimone:**

.....  
(nome, cognome e firma)

**Firma e timbro (o matricola) del Medico:** .....

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: .....