

Dipartimento di Oncologia Radioterapica e di Diagnostica per immagini

STRUTTURA OPERATIVA DI RADIOLOGIA

Direttore: dr. Luca Balestreri

Segreteria direttore 0434 – 659570

Segreteria appuntamenti Tac – Risonanza Magnetica tel.: 0434-659650 dalle 13:00 alle 15:30

Fax: 0434 – 659505

e-mail: radiologia@cro.it

CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DI DRENAGGIO, STENT, PROTESI DELLE VIE URINARIE

CHE COSA È?

Sono delle procedure diagnostiche e/o terapeutiche atte a visualizzare le vie urinarie, identificare e trattare l'eventuale patologia. L'indagine può comportare l'utilizzo sia di una guida ecografica che fluoroscopica (che utilizza radiazioni ionizzanti).

Poiché si tratta di un esame che espone a radiazioni ionizzanti se ne deve evitare l'utilizzo in assenza di un'indicazione clinica specifica, inoltre le donne in età fertile devono escludere gravidanze in corso.

A COSA SERVE?

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

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 agoguida con l'ausilio dell'imaging, con eventuale iniezione di mezzo di contrasto visibile ai raggi X. Successivamente mediante impiego di guide e/o cateteri e' possibile effettuare il **posizionamento di uno STENT** di plastica o metallo, che consente di risolvere eventuali ostruzioni (di varia natura) o a scopo preventivo (protezione pre-chirurgia/radioterapia).

COSA PUÒ SUCCEDERE – EVENTUALI COMPLICANZE

Le complicanze riportate sono rare :

Presenza di sangue nelle vie urinarie (ematuria)

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

Nel caso si utilizzi mezzo di contrasto è' altresì possibile la comparsa di effetti collaterali rari ed

imprevedibili, non segnalati(generalmente di lieve-media entità) e l'aumento di probabilità di

comparsa degli effetti collaterali segnalati, per la concomitanza di altre patologie e/o l'esecuzione di altri trattamenti (farmacologici, chemioterapici etc.).

L'equipe e' in grado di fornirle la migliore assistenza possibile in tutti questi casi.

PREPARAZIONE NECESSARIA - RACCOMANDAZIONI

Non è necessaria alcuna preparazione nè interrompere eventuali terapie farmacologiche in corso (ad es. per l'ipertensione o il diabete).

Preso atto delle informazioni fornite nel modulo di consenso il paziente può richiedere ulteriori spiegazioni al



CENTRO DI RIFERIMENTO ONCOLOGICO ISTITUTO NAZIONALE TUMORI – AVIANO

ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO DI DIRITTO PUBBLICO (D.I. 31/07/90)
Via Franco Gallini, 2 – 33081 AVIANO-PN – Italia – C.F.-P.I. 00623340932 – Tel.39-0434-659111 – Fax 39-0434-652182

medico
Dichiarante

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____

residente in _____ Via _____

(1) in qualità di esercente la potestà sul minore.....

(2) in qualità di tutore del paziente.....

Informato/a dal Prof./Dott. _____

- sul tipo di indagine diagnostica da eseguire e precisamente DRENAGGIO, STENT, PROTESI DELLE VIE URINARIE.

Reso/a consapevole:

- sul parere del sanitario che il trattamento proposto è quello che offre il miglior rapporto rischio/beneficio sulla base delle conoscenze attuali;
- della possibilità che l'indagine, una volta avviata, possa essere interrotta a mia richiesta, senza pregiudicare l'attività assistenziale, ma senza ottenere l'informazione ricercata con questo esame.;
- dei rischi relativi di eventuali danni per la salute (temporanei e permanenti) e per la vita.

Presa visione delle informazioni relative all'indagine/procedura in oggetto

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

- accetto l'indagine proposta
- rifiuto l'indagine proposta

Medico radiologo _____

Eventuale interprete _____

Data _____ Firma del paziente _____

DICHIARAZIONE di STATO DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA

- SI
- NO

Data _____ Firma del paziente _____

POSSO CAMBIARE LA MIA DECISIONE RIGUARDO ALL'EFFETTUAZIONE DELL'ESAME?

Lei non è assolutamente obbligata/o ad effettuare l'esame; alternativamente il medico utilizzerà altre procedure che sono attualmente disponibili per l'effettuazione delle quali verrà comunque richiesto il suo consenso.



CENTRO DI RIFERIMENTO ONCOLOGICO ISTITUTO NAZIONALE TUMORI – AVIANO

ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO DI DIRITTO PUBBLICO (D.I. 31/07/90)
Via Franco Gallini, 2 – 33081 AVIANO-PN – Italia – C.F.-P.I. 00623340932 – Tel.39-0434-659111 – Fax 39-0434-652182

Tutte le informazioni raccolte, ed in particolare le informazioni personali, sono tutelate dal D. Lgs 196/2003 concernente la “Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali”.
La ringraziamo per l’attenzione avuta nel leggere queste note e la preghiamo di datare e firmare il presente modulo per presa visione.

Data _____

Firma del paziente _____

[segreteria/r/consenso informato 2016/ DRENAGGIO, STENT, PROTESI DELLE VIE URINARIE]