



NOTA INFORMATIVA CISTOSCOPIA

Sig.....

Nato a il

Gentile Signora/Egregio Signore

L'esecuzione di alcuni esami medici richiede il consenso del paziente, che deve preventivamente essere informato sulla procedura che gli viene proposta prima dell'esecuzione della stessa. **Pertanto La invitiamo a leggere con attenzione quanto segue** e, se desidera ulteriori spiegazioni o chiarimenti, potrà discuterne con il personale medico.

CHE COSA È LA CISTOSCOPIA

La cistoscopia è una procedura diagnostica che consente al medico di guardare direttamente all'interno dell'uretra e della vescica, rilevando eventuali patologie.

A tale scopo si utilizza uno strumento, chiamato cistoscopio, del diametro di 6-7mm. Il cistoscopio, collegato a una piccola telecamera, viene inserito attraverso l'uretra fino ad arrivare in vescica.

COME SI SVOLGE

La cistoscopia in genere non è dolorosa ed è ben sopportata, ma provoca comunque, soprattutto nel maschio, un certo fastidio, per tale motivo si usa un gel lubrificante contenente una sostanza anestetica che viene introdotto nell'uretra prima della procedura.

L'esame si effettua in posizione ginecologica (a pancia in su a cosce divaricate e sollevate in alto).

La durata dell'esame è generalmente di pochi minuti.

Il referto dell'esame verrà consegnato subito.

Al termine dell'esame, dopo pochi minuti di osservazione, sarete in grado di allontanarvi dall'ospedale anche guidando personalmente la vostra autovettura.

PERCHE' VIENE FATTA

Guardando attraverso il cistoscopio il medico ha una visione nitida e precisa dell'uretra e della vescica potendo così individuare o escludere la presenza di malattie causa dei vostri disturbi. E' una procedura spesso necessaria per accertare la causa di sanguinamenti del basso tratto urinario (Vescica, prostata, uretra) o di disturbi della minzione e diagnosticare quindi tumori vescicali, calcoli, cistopatie croniche, stenosi uretrali e qualunque altra patologia localizzata alla vescica.

Istituto di Cura Città di Pavia

Sistema di gestione Qualità UNI EN ISO 9001 certificato da Italcert

Sistema di Gestione Salute e Sicurezza sul Lavoro UNI ISO 45001:2018 certificato da Certiquality

Via Parco Vecchio 27 – 27100 Pavia (PV)

Tel. +39 0382.433611 | Fax 0382.576821 | info.iccp@grupposandonato.it

di Istituti Clinici di Pavia e Vigevano S.p.A. – Via Parco Vecchio 27 – 27100 Pavia (PV)

Reg. Imp. Pavia 00182770180 – C.F. e P.IVA 00182770180 | Capitale Sociale € 7.206.300 i.v.

www.grupposandonato.it

Consenso Informato Cistoscopia - Rev. 2 - 2023

QUALI SONO LE COMPLICANZE

La cistoscopia è una procedura a modesto rischio. Dopo la cistoscopia, potrete avvertire un lieve fastidio uretrale che scomparirà spontaneamente dopo qualche ora, ed è possibile rilevare la presenza di minime quantità di sangue nelle urine per alcuni giorni. In alcuni casi si può produrre un sanguinamento importante a partenza da ectasie venose della mucosa dell'uretra prostatica che richiede il posizionamento di un catetere a dimora per 24 ore.

È possibile, anche se rara, la comparsa di un'infezione delle urine, generalmente risolvendosi in breve tempo con terapia antibiotica.

Solo raramente dopo l'esame può avvenire una ritenzione d'urina.

Al contrario, la comparsa, nelle ore successive all'esame, di un sanguinamento continuo ed abbondante, di febbre e di dolore pelvico o difficoltà allo svuotamento della vescica, devono indurre il paziente a consultare immediatamente il personale medico della nostra Unità Operativa (Dott. Choussos 3489870024, Dott.ssa Ricupero 3398814367, Dott. Zmerly 3382970797) o recarsi a un Pronto Soccorso.

LA PREPARAZIONE

1. Il paziente deve presentarsi all'appuntamento con impegnativa di "Cistoscopia" portando eventuali precedenti esami in suo possesso specifici del caso (esame delle urine, urinocoltura, esame citologico delle urine, ecografie, Urografia, TAC) o lettere di dimissioni relative a precedenti interventi sull'apparato urinario.
2. Se il paziente sta assumendo farmaci antiaggreganti o anticoagulanti (Aspirina, Ibustrin, Tiklid, Ticlopidina, Coumadin, Sintrom, etc) deve informare lo Specialista provvederà se necessario a rinviare di una settimana l'esame prescrivendo le variazioni della terapia necessarie.
3. Non ci sono limitazioni dietetiche particolari.
4. Il paziente deve segnalare l'eventuale presenza di allergie note a farmaci, iodio, lattice o anestetici locali.
5. Il paziente deve comunicare se ha un'infezione urinaria in atto non trattata.

In alcuni casi può succedere che lo Specialista ritenga opportuno non eseguire l'esame perché sulla base della documentazione allegata non lo ritenga indicato o lo consideri rischioso per infezione o sanguinamento in atto o non sia in grado di eseguirlo a causa di stenosi uretrale serrata.

Consenso per CISTOSCOPIA

Il Sottoscritto/a Sig./Sig.ra _____

Nato/a a _____ il ____/____/____

Residente a _____

Nel caso di pazienti minori, il consenso è validamente espresso dai seguenti soggetti:

I genitore: sig. _____

nato a _____ il _____

nell'esercizio della responsabilità genitoriale nei confronti del figlio minore (allegata dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà)

_____ nato a _____ il _____

Il genitore: sig.ra _____

nata a _____ il _____

nell'esercizio della responsabilità genitoriale nei confronti del figlio minore (allegata dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà)

_____ nato a _____ il _____

Nel caso di pazienti con tutore/curatore/amministratore di sostegno

sig./sig.ra _____

nato/a a _____ il _____

in qualità di tutore/curatore/amministratore di sostegno (munito di relativo decreto Giudice Tutelare, in copia) di

_____ nato a _____ il _____

DICHIARA

- Di essere pienamente cosciente
- Di aver letto attentamente il presente documento
- Che il medico procedente ha provveduto a fornire le spiegazioni richieste ed utili per la piena comprensione di quanto in esso riportato
- Di averne, pertanto, compreso il contenuto

ACCETTA di sottoporsi alla procedura proposta, quindi autorizza il medico procedente ad effettuare la procedura sopra descritta e lo autorizza fin da ora a procedere ad un ulteriore e diverso intervento qualora si verificassero circostanze tali da renderlo opportuno.

RIFIUTA di sottoporsi alla procedura proposta

Data ____/____/____

Firma medico _____

Firma paziente* _____

(*) **In caso di paziente minorenni :**

Firma I genitore _____

Data ____/____/____

Firma II genitore _____

Data ____/____/____

(**) **In caso paziente con tutore/curatore/amministratore di sostegno:**

Firma tutore/curatore/amministratore _____

Data ____/____/____

*Nel caso in cui il **paziente si trovi in stato di momentanea incoscienza** e fuori dai casi di ricorrenza dello stato di necessità, il medico dovrà attendere che egli riprenda coscienza per chiedere il consenso al trattamento. **Non è corretto chiedere il consenso ai familiari, poiché si tratta di un atto personale.**

In caso di impossibilità o di difficoltà di lettura, il documento dovrà essere letto al paziente alla presenza di un testimone e sottoscritto da entrambi. In questo caso la dichiarazione sarà la seguente:

Il Sottoscritto/a Sig./Sig.ra _____ C.F.: _____

Nato/a a _____ il ____/____/____

Residente a _____ tel.: _____

DICHIARA

- **Di essere pienamente cosciente**
- **Di aver letto attentamente il presente documento**
- **Che il medico procedente ha provveduto a fornire le spiegazioni richieste ed utili per la piena comprensione di quanto in esso riportato**
- **Di averne, pertanto, compreso il contenuto**

<input type="checkbox"/> ACCETTA di sottoporsi alla procedura proposta, quindi autorizza il medico procedente ad effettuare la procedura sopra descritta e lo autorizza fin da ora a procedere ad un ulteriore e diverso intervento qualora si verificassero circostanze tali da renderlo opportuno.	<input type="checkbox"/> RIFIUTA di sottoporsi alla procedura proposta
---	---

Data ____/____/____

Firma medico _____

Firma paziente _____

Il Sottoscritto/a Sig./Sig.ra _____ C.F.: _____

Nato/a a _____ il ____/____/____

Residente a _____ tel.: _____

DICHIARA

Che il presente documento è stato letto al Sig./Sig.ra _____

In sua presenza

Data ____/____/____

Firma del testimone _____



Nel caso di impedimento fisico che renda impossibile la sottoscrizione da parte del paziente , il documento dovrà essere letto alla presenza di un testimone il quale, sotto la sua responsabilità, dichiarerà che il paziente ha prestato il consenso al trattamento

Il Sottoscritto/a Sig./Sig.ra _____ C.F.: _____

Nato/a a _____ il ____/____/____

Residente a _____ tel.: _____

DICHIARA

- **Che il presente documento è stato letto al Sig./Sig.ra** _____

In sua presenza

- **Che il medico procedente ha provveduto a fornire le spiegazioni richieste ed utili per la piena comprensione di quanto in esso riportato**

- **che il Sig./Sig.ra** _____

ACCETTA di sottoporsi alla procedura proposta, quindi autorizza il medico procedente ad effettuare la procedura sopra descritta e lo autorizza fin da ora a procedere ad un ulteriore e diverso intervento qualora si verificassero circostanze tali da renderlo opportuno.

RIFIUTA di sottoporsi alla procedura proposta

Data ____/____/____

Firma medico _____

Firma testimone _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

Il Sottoscritto/a: Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Residente a _____ in Via _____

in qualità di _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,
richiamate dell'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

di essere genitore di _____

nato a _____ il _____

e di essere nell'esercizio della responsabilità genitoriale nei confronti del figlio minore.

Pavia, _____

Il Dichiarante _____

REVOCA DEL CONSENSO ALL'ESECUZIONE DELL'INTERVENTO/PROCEDURA
(da compilare nel caso il paziente intenda revocare il consenso precedentemente sottoscritto)

Il Sottoscritto/a Sig./Sig.ra _____
nato/a il ____ / ____ / _____ a _____ prov. (____)
Residente a _____ prov. (____)

Nel caso di pazienti minori, la revoca al consenso è validamente espressa dai seguenti soggetti:

I genitore: sig. _____

nato a _____ il _____

nell'esercizio della responsabilità genitoriale nei confronti del figlio minore (allegata dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà)

_____ nato a _____ il _____

II genitore: sig.ra _____

nata a _____ il _____

nell'esercizio della responsabilità genitoriale nei confronti del figlio minore (allegata dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà)

_____ nato a _____ il _____

Nel caso di pazienti con tutore/curatore/amministratore di sostegno

sig./sig.ra _____

nata a _____ il _____

in qualità di tutore/curatore/amministratore di sostegno (munito di relativo decreto Giudice Tutelare, in copia) di

_____ nato a _____ il _____

DICHIARO

di volere REVOCARE il consenso all'esecuzione di CISTOSCOPIA

Firma del paziente (*) _____

Data ____ / ____ / _____

(*) In caso di paziente minorenni :

Firma I genitore _____

Data ____ / ____ / _____

Firma II genitore _____

Data ____ / ____ / _____

() In caso paziente con tutore/curatore/amministratore di sostegno:**

Firma tutore/curatore/amministratore _____

Data ____ / ____ / _____

Firma del Medico Responsabile

dell'esecuzione della procedura _____ Data ____ / ____ / _____