

Unità Operativa di Radiologia

NORME DI PREPARAZIONE


PIELOGRAFIA RETROGRADA MONOLAT. DX - RX

IL PAZIENTE È INVITATO AD ATTENERSI SCRUPolosAMENTE ALLE NORME RIPORTATE

IL GIORNO DELL'ESAME, RIPOrtARE COMPILATO IL CONSENSO INFORMATO.

PREPARAZIONE DA SEGUIRE IL GIORNO PRECEDENTE L'ESAME:

- **ORE 8:00:** BERE XPREP (DA ACQUISTARE IN FARMACIA), ASSUMERE L'INTERO PREPARATO E BERE MOLTO DOPO LA SUA ASSUNZIONE E DURANTE TUTTA LA GIORNATA (ALMENO 2 L DI ACQUA, THE, SUCCHI DI FRUTTA ECC...).
- **PRANZO E CENA:** UN PASTO LEGGERO, PREVALENTEMENTE LIQUIDO, EVITARE PANE, VERDURA E FRUTTA.

| | | |
|---|--|--------------------------------------|
|  | CISTOGRAFIA | GENERALITÀ PAZIENTE |
| | Servizio Diagnostica per Immagini Responsabile: Dr. Luca Giuseppe Crespi | (apporre l'etichetta identificativa) |

Spazio da compilare in caso di mancata presenza dell'etichetta identificativa:

| | |
|---------------------------------|--|
| Cognome e Nome paziente: | |
| Data e Luogo di nascita: | Nazionalità: <input type="checkbox"/> Italiana <input type="checkbox"/> Europea <input type="checkbox"/> Extraeuropeo |

NOTA INFORMATIVA per il PAZIENTE

1. COS'È LA CISTOGRAFIA ?

La cistografia è un esame radiologico che permette di studiare la vescica urinaria e l'uretra.

2. A COSA SERVE ?

L'esame consiste nell'esecuzione di radiografie della vescica riempita con un mezzo di contrasto, vale a dire una sostanza che rende visibile ai raggi X la vescica.

Non è richiesta una particolare preparazione del Paziente.

3. COME VIENE ESEGUITO ?

In alcuni casi il mezzo di contrasto è somministrato tramite iniezione endovenosa e successivamente eliminato dai reni (cistografia discendente). Solitamente si esegue la cistografia ascendente o retrograda, che prevede l'inserimento di un catetere vescicale (tubicino introdotto nella vescica) attraverso il quale si inietta il mezzo di contrasto.

Quando si esegue la cistografia minzionale, oltre alla vescica, si studia l'uretra (il canale che collega la vescica all'esterno).

Questo esame è molto utile per individuare alterazioni della forma della vescica, come avviene per esempio in Pazienti con ipertrofia della prostata, cioè un ingrandimento che provoca un'impronta sul bassofondo vescicale. E' utile anche per la diagnosi di calcoli, di tumori o di alterazioni della forma e del contenuto.

La cistografia minzionale è utile per lo studio delle ostruzioni del canale uretrale e dell'eventuale ristagno di urina in vescica, dell'incontinenza urinaria e del prolasso vescicale.

La cistografia retrograda si esegue introducendo un catetere nella vescica dopo che il Paziente l'ha debitamente svuotata. Attraverso il catetere si inietta il mezzo di contrasto e quando la vescica è piena, si eseguono alcune radiografie in varie proiezioni. Si procede quindi alla rimozione del catetere e si eseguono altre radiografie mentre il Paziente urina e dopo che ha terminato, per documentare la forma ed il calibro dell'uretra ed il residuo postminzionale.

La durata dell'esame è di circa 30 minuti.

4. È SEMPRE NECESSARIO UTILIZZARE IL MEZZO DI CONTRASTO ?

Spesso, per eseguire la cistografia è necessario iniettare per via endovenosa, e/o somministrare per bocca, i mezzi di contrasto iodati, che aumentano la differenza di densità delle strutture anatomiche, consentendo di differenziarle. In questo modo è possibile riconoscere lesioni e stabilire se sono benigne o maligne. L'introduzione in vena del mezzo di contrasto comporta alcuni rischi, che devono essere noti al paziente, cosicché possa valutare con l'aiuto del medico curante il beneficio che potrebbe derivare dal risultato dell'esame in rapporto ai rischi che l'esame stesso comporta. I rischi sono dovuti principalmente a reazioni che si possono manifestare all'introduzione in vena del mezzo di contrasto, in modo del tutto imprevedibile, indipendente dalla dose, dall'abilità e dall'esperienza del medico che conduce l'esame. Le reazioni non sono frequenti e nella maggior parte dei casi sono assai lievi: si possono manifestare sotto forma di nausea, prurito, senso di calore; esse si risolvono facilmente, spontaneamente o con l'utilizzo di farmaci adeguati. Esistono tuttavia reazioni gravi, (edema della glottide, shock anafilattico) molto rare che possono condurre, in casi estremi al decesso; occorre a questo proposito aggiungere che, nel Nostro centro ospedaliero, l'immediato intervento di medici specialisti rianimatori può ulteriormente ridurre il rischio di conseguenze gravi.

5. QUALI SONO LE COMPLICANZE ?

Durante l'esecuzione della cistografia retrograda l'evenienza di complicanze è piuttosto rara, tra queste vengono descritte sanguinamento uretrale, creazione di falso lume e rottura dell'uretra.

6. ESISTONO EVENTUALI ALTERNATIVE ?

In base all' Art. 5 del D.Leg 187/2000, viene espressamente richiesto al medico Specialista di valutare le possibili tecniche e metodologie alternative, meno invasive e più idonee ad ottenere il massimo beneficio con il minimo detrimento sanitario e costo economico. Sarà quindi compito dello specialista, In caso di controindicazioni o di mancata giustificazione dell'indagine, illustrarvi le eventuali alternative diagnostiche a tale metodica.

CONSENSO INFORMATO

Confermo:

- di essere stato esaurientemente informato sui rischi concernenti l'effettuazione dell'esame di cistografia, dell'impiego di mezzo di contrasto per via endovena e che il Dr./Dr.ssa _____ ha espresso quanto sopra in modo chiaro e comprensibile ed ha risposto esaurientemente ad ogni quesito.

| EVENTUALE PRESENZA DI TESTIMONE | EVENTUALE NECESSITA' DI INTERPRETE |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> SI Cognome e Nome: _____ Firma: _____ | <input type="checkbox"/> SI Cognome e Nome: _____ Firma: _____ |

quindi

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> ACCONSENTO <input type="checkbox"/> RIFIUTO |
| di SOTTOPORMI presso CODESTA STRUTTURA ad INTERVENTO/PROCEDURA SOPRAINDICATO/A |

Cognome e Nome Medico esecutore:

Data ____ / ____ / ____

FIRMA e TIMBRO MEDICO ESECUTORE

Firma Genitori o Giudice Tutelare o Tutore Legale

Firma Paziente

Le condizioni psico – fisiche del paziente non consentono di fornire un'adeguata informazione, e l'acquisizione di un valido consenso poiché il paziente è affetto da
Si esegue comunque la procedura per motivi di assoluta necessità e al fine di salvaguardare le vita del paziente. I parenti sono stati informati e hanno preso atto della situazione.

Data/...../..... Documento identità nr?..... Firma e Timbro Medico prescrivente:

Cognome e Nome Firma Grado di parentela

CONSENSO IN STATO DI GRAVIDANZA (la paziente, preventivamente informata dal Medico esecutore sulla tipologia e/o sui rischi ad essa correlati)

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> ACCONSENTO <input type="checkbox"/> NON ACCONSENTO |
| di SOTTOPORMI presso CODESTA STRUTTURA all'ESAME di CISTOGRAFIA |
| Data/...../..... |
| Firma Genitori o Giudice Tutelare o Tutore Legale Firma Paziente |
| _____ _____ _____ |
| _____ |

Cognome e Nome Medico esecutore:
.....
Data/...../.....
FIRMA e TIMBRO MEDICO ESECUTORE
.....