

Foglio Informativo per il Paziente

Cistouretrografia retrograda minzionale

Il suo medico curante ci ha richiesto l'esecuzione di una cistouretrografia retrograda minzionale.

Vogliamo fornirLe alcune informazioni sul tipo di esame e sulle possibili complicazioni che, nonostante tutte le precauzioni, potrebbero intervenire.

Esecuzione dell'esame

Questo tipo di esame viene eseguito da un medico radiologo in collaborazione con un tecnico di radiologia.

Dovrà stendersi su un lettino ed il medico Le inserirà un catetere in vescica attraverso il quale verrà introdotto un liquido (il mezzo di contrasto) che permette di visualizzare la vescica. Nel momento in cui sentirà un forte stimolo da urinare sarà interrotto il flusso di mezzo di contrasto e Le verrà tolto il catetere. A questo punto verrà posizionato in stazione eretta e verranno eseguite delle radiografie mentre Lei urina in un apposito contenitore. È molto importante per una buona riuscita dell'esame, che Lei collabori.

La durata dell'esame è di circa 30 minuti.

Controindicazioni e possibili complicanze

In caso di gravidanza accertata o sospetta La invitiamo ad informare il medico prima dell'inizio dell'esame radiologico, poiché i raggi X possono essere dannosi per il feto.

Se soffre di **allergie** o ipertiroidismo La preghiamo di comunicarlo al medico prima dell'esame. Complicazioni da mezzo di contrasto, rarissime in questo tipo esame, sono: iperfunzionalità della tiroide, manifestazioni di tipo allergico, dall'esantema cutaneo fino allo shock anafilattico, quest'ultimo estremamente raro.

Durante l'applicazione del catetere può succedere che vengano arrecati danni all'uretra.

Da osservare con attenzione!

In caso dovesse eseguire l'esame come **paziente esterno** La preghiamo di presentarsi puntualmente presso lo sportello dell'accettazione del reparto di Radiologia.

In caso fosse impedito/a a presentarsi all'esame La preghiamo di disdire l'appuntamento in tempo utile.

Da portare all'esame:

- Tessera sanitaria
- impegnativa contenente l'esame ed il preciso quesito clinico;
- foglio informativo da **firmare dopo il colloquio informativo con il medico**;
- eventuali radiografie precedenti del tratto in esame in Suo possesso.

Krankenhaus Bozen | Tel. 0471 908494 | Fax 0471 908908 | radiologia.bz@sabes.it
Krankenhaus Brixen | Tel. 0472 813150 | Fax 0472 813159 | radio.bx@sabes.it
Krankenhaus Bruneck | Tel. 0474 581250 | Fax 0474 581251 |
roentgendiagnostik-bruneck@sabes.it
Krankenhaus Meran | Tel. 0473 263070 | Fax 0473 264684 | rad-me@sabes.it
Krankenhaus Innichen | Tel. 0474 917090 | Fax 0474 917091 |
rx_tech.inn@sabes.it
Krankenhaus Schlanders | Tel. 0473 735020 | Fax 0473 735861 |
rad-schl@sabes.it
Krankenhaus Sterzing | Tel. 0472 774412 | Fax 0472 774479 | radio.st@sabes.it
http://www.asdaa.it
Firmenbezeichnung: Sanitätsbetrieb der Autonomen Provinz Bozen
St.-Nr./MwSt.-Nr. 00773750211

Ospedale Bolzano | Tel. 0471 908494 | Fax 0471 908908 | radiologia.bz@sabes.it
Ospedale Bressanone | Tel. 0472 813150 | Fax 0472 813159 | radio.bx@sabes.it
Ospedale Brunico | Tel. 0474 581250 | Fax 0474 581251 |
roentgendiagnostik-bruneck@sabes.it
Ospedale Merano | Tel. 0473 263070 | Fax 0473 264684 | rad-me@sabes.it
Ospedale di S. Candido | Tel. 0474 917090 | Fax 0474 917091 |
rx_tech.inn@sabes.it
Ospedale Sillandro | Tel. 0473 735020 | Fax 0473 735861 |
rad-schl@sabes.it
Ospedale di Vipiteno | Tel. 0472 774412 | Fax 0472 774479 | radio.st@sabes.it
http://www.asdaa.it
Ragione sociale: Azienda Sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano
Cod. fisc./P. IVA 00773750211

Consenso informato

Da firmare dopo il colloquio informativo con il medico

Dichiaro di essere stato informato esaurientemente, in termini ed in modi a me comprensibili, sull'indagine radiologica in oggetto. Ho potuto porre al Medico le domande che ritenevo importanti, in particolare per quanto riguarda rischi ed eventuali complicazioni in cui posso incorrere.

Mi è stato concesso un **tempo ragionevole per la riflessione**, in seguito alla quale dichiaro di **non avere ulteriori domande**, di essere completamente d'accordo e consapevole della necessità di questo esame per la mia salute e di **sottopormi volontariamente** all'indagine radiologica in oggetto.

☐ **accetto l'indagine proposta**

☐ **rifiuto l'indagine proposta**

Data li _____

Firma del Paziente

Firma del Medico
