



## U.O. di UROLOGIA

Responsabile: Prof. Piero Larcher

### NOTA INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DI ESAME URODINAMICO

L'esame urodinamico viene eseguito ambulatorialmente mediante l'applicazione di un catetere vescicale di piccolo calibro che permette non solo il riempimento della vescica, ma anche la misurazione della pressione endovescicale e la pressione uretrale.

E' necessaria inoltre l'introduzione di un sondino rettale di piccole dimensioni per la misurazione della pressione endoaddominale.

Il Medico che effettua l'esame riempirà la vescica con una soluzione sterile, introdotta tramite una pompa che inietta la soluzione nel catetere, mentre il computer collegato al catetere registra la pressione endovescicale ed endoaddominale. Al raggiungimento della capacità vescicale massima, il paziente viene invitato ad urinare in un apposito raccoglitore, collegato al computer, per permettere di misurare il flusso urinario.

Scopo dell'esame urodinamico è valutare eventuali alterazioni della capacità contrattile della vescica, la presenza di ostruzione o di deficit sfinterico. E' preferibile presentarsi all'esame a vescica piena per l'esecuzione preliminare di una uroflussimetria (esame in cui il paziente è invitato ad urinare nel raccoglitore collegato al computer per valutare il flusso urinario nell'unità di tempo).

Preliminarmente all'esecuzione dell'esame si richiede la valutazione del referto dell'**urinocoltura**.

#### CONSENSO INFORMATO

##### Paziente/utente:

Nome e cognome: \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

##### In caso di paziente minore:

###### Genitori

Nome e cognome del padre \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_

Nome e cognome della madre \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_

##### In caso di paziente con tutela:

###### Rappresentante Legale

###### Amministratore di sostegno

###### Tutore/Curatore (come provvedimento del Giudice Tutelare allegato)

Nome e cognome: \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

##### Nel caso di presenza di:

Interprete e/o Testimone :            NO            SI

dichiaro di essere stato esaurientemente informato circa le indicazioni, le modalità di esecuzione dell'esame, le possibili complicanze, i rischi immediati e futuri, gli svantaggi derivanti dalla mancata esecuzione ed i vantaggi conseguenti l'esecuzione dello stesso, pertanto:

≡ **ACCONSENTO**

≡ **NON ACCONSENTO**

all'esecuzione dell'esame urodinamico.

Data \_\_\_\_\_

Ora \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL PAZIENTE**

(o dei genitori e /o del rappresentante legale)

\_\_\_\_\_  
**TIMBRO E FIRMA  
del MEDICO UROLOGO**

Consenso ottenuto con l'ausilio di un interprete:

\_\_\_\_\_  
FIRMA INTERPRETE E/O TESTIMONE

### **REVOCA del CONSENSO**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

Dichiaro di voler **REVOCARE** il consenso precedentemente fornito e di essere pertanto a conoscenza delle probabili conseguenze derivanti dal mio rifiuto.

Firma del paziente \_\_\_\_\_

(o dei genitori e/o del rappresentante legale)

Timbro e Firma del Medico \_\_\_\_\_

Il trattamento dei dati personali è conforme alle disposizioni contenute nel **D.LGS. 30 giugno 2003, n. 196** Codice in materia di protezione dei dati personali.