

## INFORMAZIONE ALL'ESAME URODINAMICO INVASIVO

Gentile Paziente, il giorno dell'esame dovrà presentarsi con:

- ✓ Documentazione medica in suo possesso (ultimo referto del medico curante che prescrive l'esame urodinamico invasivo) ed eventuali farmaci assunti;
- ✓ Esame urine e urinocoltura recenti e negativi per infezione;
- ✓ Diario minzionale scrivendo l'ora e la quantità ad ogni minzione nelle 24 ore per due giorni.

Si rammenta che non è possibile effettuare l'esame in caso di mestruazioni o infezione urinaria in atto.

### Preparazione all'esame

- Assumere UNIDROX 600 mg: una compressa la mattina dell'esame e una compressa la mattina successiva dell'esame.
- Se è affetto/a da allergia a farmaci consegna questo foglio al suo medico curante per avere una prescrizione adatta al suo caso.
- Presentarsi con un normale desiderio di urinare. Bere tre bicchieri d'acqua 1 ora prima.

## INFORMAZIONI PER I PAZIENTI PORTATORI DI CATETERE

Gentile Paziente, il giorno dell'esame dovrà presentarsi con:

- ✓ Documentazione medica in suo possesso (ultimo referto del medico curante che prescrive l'esame urodinamico invasivo) ed eventuali farmaci assunti;
- ✓ Non occorre portare materiali tipo catetere o buste perché tutto l'occorrente si trova presso la struttura.

Il medico che effettua l'esame rimuove il suo catetere, esegue l'esame urodinamico e alla fine inserisce un nuovo catetere per cui non si deve preoccupare di nulla.

Ogni ulteriore spiegazione le sarà data nel corso dell'esame.

### Preparazione all'esame

- Assumere UNIDROX 600 mg: una compressa la mattina dell'esame e una compressa la mattina successiva dell'esame.
- Se è affetto/a da allergia a farmaci consegna questo foglio al suo medico curante per avere una prescrizione adatta al suo caso.

### Prenotazioni e Informazioni

Tel. 06/32868.1

info@usi.it - [www.usi.it](http://www.usi.it)

## CONSENSO INFORMATO ALL'ESAME URODINAMICO INVASIVO

Io sottoscritta/o: \_\_\_\_\_ nata/o il: \_\_\_\_\_ ,

con riferimento all'esame prescritto:

Dichiaro di avere ricevuto adeguata informazione dal mio medico prescrivente e dal personale sanitario della struttura e di aver compreso le modalità, le controindicazioni, i possibili risultati, rischi, effetti collaterali ed eventuali alternative terapeutiche correlati all'esame urodinamico invasivo.

### Procedura dell'esame:

Mediante l'esame si esegue una diagnosi urodinamica di incontinenza urinaria da sforzo, vescica neurologica, ipocontrattilità destrusoriale, ostruzione cervico-uretrale, etc.

In particolare, tramite l'inserimento di un catetere collegato a una specifica pompa, la vescica viene riempita con soluzione fisiologica, registrando la pressione interna in fase di riempimento e svuotamento e ottenendo tracciati simili all'elettrocardiogramma. Si urina con il catetere inserito in vescica. Al termine della minzione il catetere è rimosso e si esegue il residuo post- minzionale.

Il paziente dovrà riferire al Medico qualsiasi sensazione avvertita in vescica, ad es. primo stimolo di urinare, stimolo più forte, stimolo normale.

La durata dell'esame va da 30 a 60 minuti e si svolge in presenza del medico e dell'infermiere.

Dopo l'esame è possibile avvertire qualche fastidio della durata di 1-2 giorni, si consiglia pertanto di bere abbondantemente nelle 24 ore successive all'esame. In caso di persistenza del dolore, informare il Medico.

Dichiaro inoltre di:

- avere informato il personale medico circa il mio stato di Salute, di possibile stato di gravidanza o di situazioni fisiologiche o patologiche che potrebbero controindicare il trattamento prescritto;
- avere ottenuto risposte alle mie eventuali domande in merito a scopi, rischi e modalità di conduzione dell'esame;
- avere preso visione dell'informativa cartacea relativa al trattamento prescritto, disponibile nella struttura e/o sul sito web [www.usi.it](http://www.usi.it);
- essere consapevole che il trattamento può essere interrotto in qualsiasi momento, su parere del personale sanitario o su richiesta del/della Paziente;
- impegnarmi a rispettare i comportamenti post-trattamento prescritti o indicati dal personale sanitario.

Ciò premesso,  **ACCONSENTO**  **NON ACCONSENTO** all'esecuzione dell'esame urodinamico.

Roma, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma Paziente (o  Genitore di minore o  Tutore-Amministratore di sostegno): \_\_\_\_\_

Riferimenti eventuale mediatore culturale: \_\_\_\_\_

Firma del Medico che ha informato la Paziente: \_\_\_\_\_