

## **Informativa Preparazione Paziente**

### **ESAME CON MEZZO DI CONTRASTO IODATO ENDOVENA (UROGRAFIA)**

L'esame verrà effettuato il giorno \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

Presentarsi a DIGIUNO se l'esame verrà effettuato al mattino, mentre se l'appuntamento è per il pomeriggio il paziente potrà fare colazione alle ore 08.00 con thè e fette biscottate e quindi DIGIUNO.

Presentarsi muniti di una richiesta dello specialista urologo e di una impegnativa con scritto: "RX UROGRAFIA CON CISTOGRAFIA DA ELIMINAZIONE".

**E' necessario, inoltre, portare in visione esami precedenti e quant'altro possa essere utile per un corretto iter diagnostico.**

INDAGINI RICHIESTE PER POTER ESEGUIRE L'ESAME CON MEZZO DI CONTRASTO IODATO:

1. ECG VISITA CARDIOLOGICA
2. ESAMI DI LABORATORIO: AZOTEMIA, GLICEMIA, CREATINEMIA, ELETTROFORESI PROTEICA CON TRACCIATO, GOT, GPT, GGT.

**L'esame verrà eseguito solo se le indagini sopra richieste lo consentiranno**

N.B.:

Allegato alla presente troverà il consenso informato relativo all'indagine che deve eseguire; la invitiamo a completarlo con i suoi dati anagrafici ed a leggerlo attentamente.

Prima dell'esame radiologico prescritto le daremo tutte le delucidazioni in proposito e dovrà firmarlo alla presenza del medico radiologo..

## CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto \_\_\_\_\_

Consapevole delle infermità di cui sono affetto, perfettamente in grado di intendere e di volere l'atto medico da me programmato, dichiaro di essere stato esaurientemente informato sul tipo di procedura diagnostica alla quale verrò sottoposto, consistente in:

### UROGRAFIA

Mi sono stati spiegati in modo chiaro e per me comprensibile i rischi generici inerenti alla pratica diagnostica e quelli specifici del caso, a fronte dei benefici che ne potrò ricevere.

Mi è stato spiegato che è necessaria l'introduzione per via venosa di un prodotto iodato (mezzo di contrasto). In particolare sono stato informato che il mezzo di contrasto può, in un modesto numero di casi, provocare qualche disturbo di scarsa entità come sensazione di calore, nausea, orticaria, vomito a rapida risoluzione e facilmente controllabile.

Molto raramente ed in maniera imprevedibile, possono manifestarsi disturbi importanti (difficoltà nel respirare, palpitazioni, tremori) che devono essere trattati immediatamente con idonea terapia e che possono manifestarsi in forma grave in pazienti particolarmente defedati.

Sono stato infine informato che oltre il medico radiologo vi è la presenza di un medico anestesista rianimatore per un più completo controllo di eventuali disturbi.

In piena coscienza accetto sin d'ora modifica terapeutica e di tecnica concordata, qualora se ne presentasse necessità e le mie condizioni psicofisiche non mi consentissero di esprimere nuovo consenso come pure mi riservo di revocare, anche all'ultimo momento, tale consenso prima dell'inizio delle procedure indicate.

Il Medico Radiologo

Il/La Paziente

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

in presenza di

\_\_\_\_\_

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