



FOGLIO INFORMATIVO PER L'ACQUISIZIONE DEL CONSENSO ALL'ESECUZIONE DELLA UROGRAFIA

DATI IDENTIFICATIVI DEL PAZIENTE:

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ (Prov. _____) il ____/____/____

DATI IDENTIFICATIVI DI EVENTUALI ALTRI SOGGETTI TITOLARI:

<input type="checkbox"/> GENITORI (se paziente minorenni)	<input type="checkbox"/> TUTORE <input type="checkbox"/> AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO <input type="checkbox"/> FIDUCIARIO
---	--

SOGGETTO 1:

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ (Prov. _____) il ____/____/____

SOGGETTO 2:

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ (Prov. _____) il ____/____/____

CHE COS'E'

La urografia è una indagine radiologica che consente di visualizzare reni e vie escrettrici renali (pelvi, ureteri, vescica). Poiché si tratta di un esame che espone a radiazioni ionizzanti se ne deve evitare l'utilizzo in assenza di un'indicazione clinica specifica, inoltre le donne in età fertile devono escludere gravidanze in corso.

A COSA SERVE

La indagine è indicata nella ricerca delle patologie delle varie strutture che compongono l'apparato urinario (malformazioni, formazioni calcolotiche, neoplasie).

COME SI EFFETTUA

Prevede una prima fase nella quale viene eseguito un radiogramma diretto dell'addome senza somministrazione di m.d.c. per valutare l'eventuale presenza di formazioni calcolotiche radio-opache e per valutare la completezza della necessaria toilette intestinale. Nella seconda fase verrà somministrato per via endovenosa il mezzo di contrasto (m.d.c.) contenente iodio, opaco ai raggi X, che, essendo eliminato per via urinaria, permetterà la visualizzazione delle varie strutture dell'apparato urinario e della loro eventuale patologia. Verranno quindi eseguiti una serie di radiogrammi in numero variabile a secondo della patologia sospettata o riscontrata in corso di esecuzione della indagine.

COSA PUO' SUCCEDERE – EVENTUALI COMPLICANZE

Una funzionalità renale compromessa è il principale limite all'uso del mezzo di contrasto organo- iodato. Il dosaggio della creatinina serica è insufficiente per una valutazione della funzionalità renale, pertanto si deve eseguire la stima del filtrato glomerulare (GFR) che può essere facilmente calcolata. I mezzi di contrasto iodati attualmente a disposizione sono prodotti estremamente sicuri, ma occasionalmente possono dare le seguenti reazioni:

*Tratto da "I consensi informati"

SOCIETÀ ITALIANA di RADIOLOGIA MEDICA E INTERVENTISTICA
https://areasoci.sirm.org/documenti_sirm

Documenti di riferimento – Consensi informati
Consultato il 19 febbraio 2024



MINORI come vampate di calore, starnuti, nausea, vomito, orticaria circoscritta, sintomi che in genere non richiedono alcuna terapia e si risolvono spontaneamente.

MEDIE O SEVERE come orticaria diffusa, difficoltà respiratorie, battiti cardiaci irregolari o perdita di coscienza, shock anafilattico, edema della glottide, richiedono di solito terapia medica o l'intervento del rianimatore. In casi del tutto eccezionali, come avviene con molti altri farmaci, i mezzi di contrasto possono causare decesso.

I medici ed il personale della radiologia sono addestrati per curare nel miglior modo possibile queste reazioni nel caso si verificassero. E' altresì possibile la comparsa di effetti collaterali rari ed imprevedibili, non segnalati (generalmente di lieve-media entità) e l'aumento di probabilità di comparsa degli effetti collaterali segnalati, per patologie concomitanti e l'esecuzione di altri trattamenti (farmacologici, chemioterapici,...). Esiste la possibilità di reazioni ritardate (entro una settimana), generalmente cutanee lievi, che si risolvono per lo più senza terapia.

PREPARAZIONE NECESSARIA - RACCOMANDAZIONI

È necessaria una buona toilette intestinale che si ottiene con dieta priva di scorie nei giorni precedenti ed assunzione di lassativo nelle 2 sere precedenti. La presenza di materiale fecale nell'intestino può creare false immagini o nascondere la patologia per cui è possibile che l'indagine venga rinviata. Non è necessario interrompere eventuali terapie farmacologiche in corso (ad es. per l'ipertensione o il diabete).

Preso atto delle informazioni fornite nel modulo di consenso il paziente può richiedere ulteriori spiegazioni al medico radiologo.

Data ____ / ____ / _____

Firma del paziente / genitori
tutore / amministratore di sostegno / fiduciario

Firma del Medico