AZIENDA OSPEDALIERA TREVIGLIO Sistema Sanitario Regione Lombardia	MODULO DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE E DI ESPRESSIONE DEL CONSENSO **ESECUZIONE ESAME URODINAMICO E VIDEO-URODINAMICO**	Mod10PSUDIN01	Rev.: 0
		Data: 23/09/10	
		pag. 1	di: 2

COGNOME	NOME
DATA NASC:	TEL

Io sottoscritto_____

nato a_____, il _____

dichiaro di essere stato informato in modo chiaro ed a me comprensibile dal dott._____ riguardo alla procedura propostami. In particolare, dichiaro di aver compreso i contenuti dell'informativa seguente:

***CHE COS'È**: l'esame urodinamico (e video-urodinamico) studia come si comporta la vescica e l'uretra durante la fase di riempimento e di svuotamento.*

Nell'esame Video-urodinamico è associato lo studio morfologico utilizzando un mezzo che contrasta (m.d.c.) la vescica, inserito attraverso il catetere.

***COME SI ESEGUE**: è necessario l'introduzione di un catetere di piccolo calibro attraverso l'uretra, di una sonda nel retto e, dove previsto, di un sistema di misurazione elettromiografica (E.M.G.) con placchetta di superficie o con ago. Attraverso il catetere viene introdotta una soluzione sterile (fisiologica o mezzo di contrasto). Talora è necessario assumere terapia antibiotica prima e/o dopo l'esame come profilassi per le infezioni urinarie.*

***POSSIBILI COMPLICANZE**: molto rare nella donna (bruciore all'introduzione del catetere o successivamente); nell'uomo, talora, sanguinamento uretrale e bruciore uretrale. In alcuni casi si possono verificare infezioni delle vie urinarie con febbre (specie nei pazienti con presenza di batteri nelle urine), che solo raramente necessitano di ricovero ospedaliero.*

***N.B.:** i soggetti esposti al rischio di endocardite batterica (affetti da valvulopatie cardiache e/o portatori di protesi valvolari) devono assolutamente farne segnalazione al medico ed assumere la relativa terapia antibiotica profilattica (generalmente AUGMENTIN 2 cp da 1 gr ciascuna – 1 ora prima dell'esame).*

Dichiaro

di essere stato/a invitato/a a leggere con molta attenzione quanto riportato in questo scritto che corrisponde, peraltro, a quanto ampiamente spiegatomi oralmente.

Dichiaro, altresì,
di avere ben compreso l'informativa e di non avere ulteriori chiarimenti da avanzare oltre a quelli che mi sono stati già forniti. Quindi, consapevolmente

Acconsento ☐ **Non acconsento** ☐ all'esecuzione della procedura.

Acconsento ☐ **Non acconsento** ☐ all'utilizzo dei miei dati per ricerche e statistiche a carattere scientifico, e per presentazione di casistiche a convegni e congressi nazionali e/o internazionali.

Dichiaro di essere a conoscenza della possibilità di revocare il consenso prima della procedura.

Data di consegna	Data di sottoscrizione
Firma del/la paziente	Timbro e firma del medico

Se minore o non in grado di intendere e di volere

Entrambi i genitori: Madre	Padre
Tutore	

L'acquisizione del consenso informato ha richiesto la mediazione di	
Cognome nome	Firma
n. documento di identificazione	

Data di revoca del consenso	Firma del/la paziente