



ESAME URODINAMICO INVASIVO

Il/La Signor/a _____ è atteso/a presso l' Ambulatorio di Urologia il giorno _____ alle ore _____ possibilmente con la vescica piena e munito/a di:

-Impegnativa del medico curante per ESAME URODINAMICO INVASIVO

-Recare in visione esame urine ed urinocoltura recenti (massimo 20 giorni); in caso di infezione urinaria l'esame non potrà essere eseguito

-Non è necessario effettuare profilassi antibiotica secondo le più recenti Linee Guida EAU

-Il paziente deve sospendere almeno sette giorni prima dell'esame eventuali terapie con anti-muscarinici

-Presentarsi muniti di documentazione sanitaria e radiologica a propria disposizione

-Somministrare due o tre ore prima dell'esame un SORBICLIS (piccolo clistere dell'ampolla rettale).

NB. Si ricorda che l'esame urodinamico è un esame diagnostico di III livello, pertanto potrà essere prescritto esclusivamente dagli Specialisti di competenza (Urologo – Ginecologo – Neurologo – Fisiatra)

CONSENSO INFORMATO

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____ dichiara di essere stato/a informato/a dal Dr. _____ Dirigente medico dell'Unità Operativa di Urologia dei seguenti aspetti relativi al trattamento sanitario volontario cui intende sottoporsi:

1. Descrizione dell'esame e modalità di esecuzione

- Posizionamento piccolo catetere vescicale e sondina rettale
- Riempimento della vescica con soluzione fisiologica
- Eventuale posizionamento di elettrodo perineale

2. Scopo dell'esame

- Studio funzionale del basso apparato urinario
- Diagnosi fisiopatologica delle principali disfunzioni del basso apparato urinario

3. Rischi / Inconvenienti ragionevolmente prevedibili



AZIENDA SANITARIA UNICA REGIONALE
AREA VASTA N3
P.zza Garibaldi 8 – Civitanova Marche
Struttura Complessa di urologia
Direttore: Dott. GIANNUBILO WILLY



- Febbre urosettica
- Dolore perineale e/o sovra-pubico
- Ritenzione urinaria
- Uretrorragia e/o ematuria

Il/la sottoscritto/a inoltre dichiara:

- A- tutte le domande poste hanno avuto risposta soddisfacente
- B- si autorizza l'esecuzione dell'esame sopra indicato
- C- si esprime il consenso al trattamento dei dati personali e dei dati sensibili relativi alla propria persona
- D- in caso di ritiro del referto da parte di soggetti diversi dal paziente, sarà necessario essere provvisti di Delega e di copia del documento di identità del paziente

CIVITANOVA LI _____

Firma paziente

Firma del medico