



**INFORMAZIONI PER IL PAZIENTE**  
**CONSENSO INFORMATO**  
**LITOTRISSIA PERCUTANEA**

Alle ore \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ ha inizio un incontro tra Medico e il sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ il quale dichiara

- di non rifiutare di ricevere le informazioni inerenti la propria patologia e il trattamento indicato
- rifiutare in tutto o in parte di ricevere le informazioni inerenti la propria patologia e il trattamento indicato con riferimento alle seguenti informazioni \_\_\_\_\_
- indica i seguenti familiari o la persona di sua fiducia incaricati di ricevere le informazioni e di esprimere il consenso in sua vece: \_\_\_\_\_
- essere stata informata/o in modo chiaro e comprensibile dal Prof./Dott. \_\_\_\_\_

della patologia di cui sono affetta/o, ovvero **litiasi renale**. Mi sono state spiegate con grande chiarezza tutte le alternative terapeutiche a mia potenziale disposizione, e che comprendono: osservazione attenta, terapia medica, trattamento di **litotrissia extracorporea, terapia endoscopica (retrograda o per via percutanea) e chirurgica (open, laparoscopica)**.

In considerazione della mia condizione clinica generale e locale della litiasi ho liberamente scelto di essere sottoposto a intervento di nefrolitotomia percutanea e conseguente litotrissia endoscopica della litiasi ureterale. In particolare mi è stato chiaramente spiegato che questo intervento viene eseguito in anestesia le cui modalità mi verranno spiegate esaurientemente dall'anestesista. Questo intervento prevede che il chirurgo esegua per via ecografia/radiologica una puntura renale a livello della regione lombare e acceda così alla cavità escrettrice. Viene eseguita una dilatazione del tramite in modo tale da poter inserire degli appositi strumenti endoscopici (nefroscoopi) rigidi o flessibili a seconda del caso.

Mediante l'impiego di opportune fonti energetiche viene eseguita una frammentazione della litiasi e i frammenti rimossi con apposite pinze o "cestelli".

Generalmente prima della puntura renale, viene applicato un apposito catetere ureterale per via cistoscopica.

Se necessario, al termine dell'intervento potrà essere lasciato in sede un catetere ureterale (doppio J) e una pielostomia (catetere che fuoriuscirà dal fianco) per meglio drenare le cavità renali. Mi è stato spiegato che una volta terminato l'intervento, alla ripresa della minzione dopo la rimozione del catetere vescicale potrebbero comparire ematuria (sangue nelle urine), dolori tipo colica renale o lombalgia ed espulsione di frammenti litiasici.

Mi sono state illustrate tutte le possibili complicanze associate a questo intervento. In particolare, le più frequenti sono rappresentate da:

- coliche renali;
- prolungata ematuria;
- ematoma renale/perirenale;

- emorragia richiedente trasfusione o embolizzazione o conversione dell'intervento a cielo aperto (eccezionalmente vi è un rischio di nefrectomia);
- perforazioni ureterali/renali;
- persistenza di frammenti litiasici;
- fistola urinosa dal tramite nefrostomico che si risolve spontaneamente nella maggioranza dei casi;
- fistole artero-venose;
- infezioni delle vie urinarie/sepsi;
- rottura renale;
- lesioni di organi adiacenti.

Io sottoscritta/o.....nata/o a ..... il .....  
 dichiaro di essere stata informata in modo esauriente relativamente alla diagnosi, prognosi, prospettive terapeutiche, eventuali alternative e alle prevedibili conseguenze delle scelte operate e di aver avuto la possibilità di porre domande in merito. A tutti i quesiti da me posti sono state date risposte complete ed esaurienti.

Non avendo necessità di ulteriori informazioni dichiaro di sottopormi volontariamente al trattamento e autorizzo pertanto i sanitari dell'Urologia a eseguire su di me i procedimenti terapeutici concordati.

---



---



---



---



---



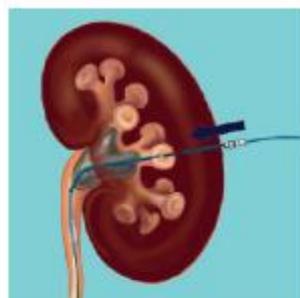
---



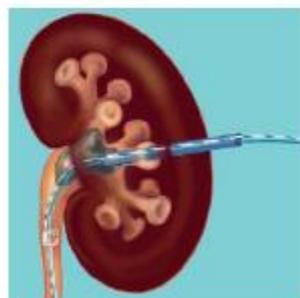
---



---



**Puntura percutanea del rene per litotrissia**



**Attraverso il tragitto intrarenale verrà introdotto il nefroscopio per frantumare il calcolo.**

*Il/La paziente è stato/a altresì informato/a che in questo Istituto non esiste una UTIC (Unità di Terapia Intensiva Coronarica), pertanto in caso di tale necessità ci potrebbe essere un trasferimento in altra struttura ospedaliera*

---

---

Ciò premesso, il/la Paziente alle ore \_\_\_\_\_

**Dichiara** che quanto sopra descritto

era /  NON era stato già oggetto di informativa resa in occasione di altri/o incontri/o con lo stesso o con altri sanitari della medesima U.O.

**Dichiara** di

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

**Dichiara**, altresì, di

avere ben compreso il significato di quanto mi è stato esposto  
 non avere ulteriori chiarimenti da avanzare oltre a quelli che gli/le sono stati già forniti  
 di porre le seguenti domande:

---

---

a cui  viene fornita esauriente risposta  NON viene fornita esauriente risposta

Quindi, consapevolmente lo/la stesso/a

**Acconsente**  **Non acconsente**  al trattamento chirurgico e/o trattamento medico proposto.

**Autorizza**  **Non autorizza**  inoltre i sanitari, ove durante l'intervento chirurgico evidenziassero altre patologie non precedentemente diagnosticate, a provvedere, secondo scienza e coscienza, alla cura di tali patologie, anche modificando il programma terapeutico prospettato e preventivamente concordato.

**Autorizza**  **Non autorizza**  l'utilizzo dei tessuti e/o organi eventualmente asportatimi durante il trattamento al fine di formulare una diagnosi isto-patologica, ma anche per procedure finalizzate al miglioramento delle conoscenze in campo scientifico.

Inoltre, **Acconsente**  **Non acconsente**  che nel corso di procedure diagnostiche e/o terapeutiche vengano eseguite riprese filmate e/o fotografiche e che queste vengano utilizzate in ambito medico per migliorare le conoscenze scientifiche, nel completo rispetto della mia privacy e con adeguate garanzie per i diritti e le libertà del sottoscritto.

**DICHIARO DI AVER LETTO E COMPRESO** le informazioni sul trattamento dei dati personali rese dall'Istituto Tumori Giovanni Paolo II di Bari. Per informazioni dettagliate circa il trattamento dei dati personali si rinvia al sito internet: <https://www.sanita.puglia.it/web/irccs> nell'apposita sezione "Privacy"

Il colloquio termina alle ore \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Firma del Medico

Firma del/della paziente

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## REVOCA del Consenso

In data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ il/la paziente manifesta la propria intenzione di revocare il consenso sopra espresso.

il Medico \_\_\_\_\_ prospetta al paziente (e ai suoi familiari poiché vi ha consentito) le conseguenze di tale decisione sintetizzabili come segue: \_\_\_\_\_

il Medico descrive le possibili alternative sintetizzabili come segue: \_\_\_\_\_

Il Medico propone di intraprendere le seguenti azioni (anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica): \_\_\_\_\_

Il Paziente, avendo ben compreso quanto descritto dal Medico pone le seguenti domande: \_\_\_\_\_

a cui  viene fornita esauriente risposta  NON viene fornita esauriente risposta

alle ore \_\_\_\_\_

il paziente

Revoca il consenso precedentemente manifestato

NON lo revoca

Firma Paziente \_\_\_\_\_

Firma Medico \_\_\_\_\_