



INFORMAZIONI PER IL PAZIENTE
CONSENSO INFORMATO
URETEROLITOTRISSIA

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 endoureterale**. Mi sono state spiegate con grande chiarezza tutte le alternative terapeutiche a mia potenziale disposizione, e che comprendono: osservazione attenta, terapia medica, trattamento di litotripsia extracorporea, ureterolitotrixis, PCNL e chirurgia.

In considerazione della mia condizione clinica generale e locale della litiasi ho liberamente scelto di essere sottoposto a intervento di **ureterorenoscopia e litotrixis endoscopica della litiasi ureterale**. In particolare mi è stato chiaramente spiegato che questo intervento viene eseguito in anestesia la cui modalità mi verranno spiegate esaurientemente dall'anestesista.

Questo intervento prevede che il chirurgo risalga lungo le vie urinarie sfruttando gli accessi naturali (meato uretrale) utilizzando fili guida e strumentario endoscopico rigido o flessibile a seconda delle necessità. Qualora l'ingresso in uretere non fosse possibile per un'impossibilità a superare lo sbocco ureterale o per altre anomalie morfologiche, congenite o acquisite, dell'uretere, si può decidere di porre a dimora un cateterino o doppio J rimandando l'intervento, ovvero convertendo in open. Una volta raggiunta la formazione litiasica questa viene frammentata impiegando opportune fonti di energia e i frammenti di più grosse dimensioni estratti con apposite pinze o "cestelli". Se necessario, al termine dell'intervento, potrà essere lasciato in sede un cateterino ureterale (doppio J) per meglio drenare le cavità renali. Il doppio J verrà rimosso in un secondo tempo. 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, espulsione di frammenti litiasici. Mi sono state illustrate tutte le possibili complicanze associate a questo intervento. In particolare, le più frequenti sono rappresentate da:

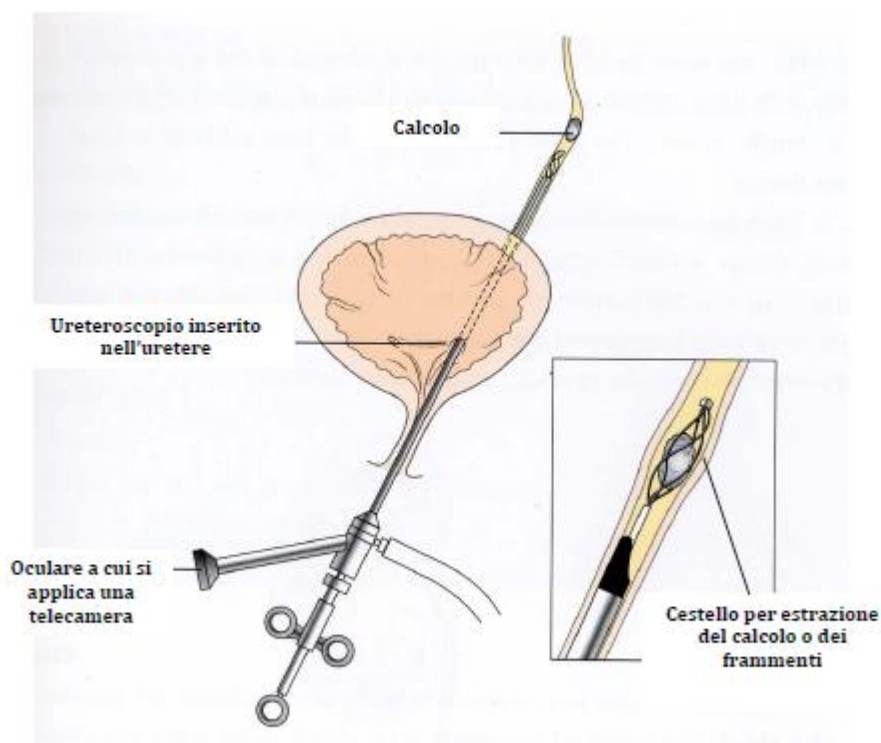
- coliche renali;
- prolungata ematuria;
- perforazioni ureterali, avulsione ureterale;
- stenosi ureterale;

- persistenza di frammenti litiasici in uretere;
- infezioni delle vie urinarie/sepsi.

Io sottoscritto/a.....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.



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_____