



Regione Lombardia

ASL Bergamo

ASL DELLA PROVINCIA DI BERGAMO

COORDINAMENTO DIREZIONI SANITARIE
STRUTTURE OSPEDALIERE PUBBLICHE
E PRIVATE ACCREDITATE



Azienda Ospedaliera
Papa Giovanni XXIII
Bergamo

PREPARAZIONE PER UROGRAFIA

(da compilare a cura del Medico prescrittore, barrando ove necessario. Si prega cortesemente di rispondere a tutte le domande indicate)

Il/La Sig/Sig.ra. ha la necessità di essere sottoposto/a a urografia per la seguente indicazione.

La preparazione è per i pazienti con peso corporeo non inferiore a 20 Kg.

La paziente è in stato di gravidanza (certa o presunta) o in fase di allattamento: **sì** **no**

Presenta in anamnesi:

sì ***no***

- Paraproteinemia di Waldenström
- Insufficienza epatica grave
- Insufficienza renale moderata/severa
- Mieloma multiplo
- Stati di grave sofferenza del miocardio o di insufficienza cardiocircolatoria
- Ipertireosi
- Diabete in trattamento con Metformina
- È in corso terapia anticoagulante orale

sì ***no***

Diatesi allergica

IN CASO AFFERMATIVO INVIARE IL PAZIENTE ALLA STRUTTURA CHE ESEGUIRÀ L'INDAGINE

Il paziente deve presentarsi il giorno dell'esame con gli esiti recenti (massimo 30 giorni precedenti la data di esecuzione dell'esame) di

- **CREATININEMIA**
- **GLICEMIA**

ed eventuale documentazione precedente (esami radiologici e/o ecografici con i referti) relativa alla richiesta

Data

Firma del medico

 <p>Regione Lombardia ASL Bergamo</p>	<p>ASL DELLA PROVINCIA DI BERGAMO COORDINAMENTO DIREZIONI SANITARIE STRUTTURE OSPEDALIERE PUBBLICHE E PRIVATE ACCREDITATE</p>	 <p>Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII Bergamo</p>
--	--	--

PREPARAZIONE ALL' ESAME

I Pazienti per i quali è richiesta Urografia devono sottoporsi alla seguente preparazione.

1. Seguire **nei due giorni precedenti l'esame** una dieta priva di scorie.
In particolare non devono essere assunti i seguenti cibi o bevande: frutta, verdura, legumi, cereali, pane, pasta, riso, biscotti, grissini, fette biscottate, vino, dolci, liquori, acqua gassata.
Sono permessi: latte, yogurt, formaggio, carne, pesce, brodo, omogeneizzati, succhi di frutta, uova, acqua naturale.
2. Inoltre il **giorno prima dell'esame**:
 - Assumere **alle ore 8** un lassativo (come Xprep a dose intera o Pursennid, 12 compresse o altro lassativo di medesima composizione)
N.B. : la dose intera del lassativo è da utilizzare nell'adulto. Nel bambino e nel paziente anziano o in soggetti con grave compromissione della salute la dose del lassativo va ridotta del 50% (6 compresse)
 - **dalle ore 17 alle ore 21 circa** bere abbondantemente, almeno 1,5 litri di acqua non gassata.
3. Il **giorno dell'esame** presentarsi a digiuno da almeno 8 ore (possono essere assunti liquidi anche zuccherati sino a 4 ore prima dell'esame).
4. Assumere l'abituale terapia domiciliare secondo l'indicazione del proprio medico di base ad esclusione di
 - Metformina che deve essere sospesa nei due giorni precedenti l'esame
 - β -bloccanti ed ACE-inibitori che devono essere sospesi il giorno dell'esame (perchè possono aggravare le ipotensioni e rendere inefficace il loro trattamento).

In caso di rinuncia si prega di avvisare tempestivamente chiamando il numero telefonico

NOTA BENE

- si ricorda che **il/la paziente dovrà essere accompagnato/a da una persona in grado di guidare**, comunque da una persona maggiorenne responsabile, in quanto i farmaci somministrati durante l'esame possono compromettere la guida nelle ore successive l'indagine
- potrebbe essere prevista, dopo l'esame, una permanenza in struttura per almeno 30 minuti.

 <p>Regione Lombardia ASL Bergamo</p>	<p>ASL DELLA PROVINCIA DI BERGAMO COORDINAMENTO DIREZIONI SANITARIE STRUTTURE OSPEDALIERE PUBBLICHE E PRIVATE ACCREDITATE</p>	 <p>Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII Bergamo</p>
--	--	--

DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI
 USC Neuroradiologia USC Radiologia
 Dott. Giuseppe Bonaldi Dott. Carmine Valentino

MODULO PER L'ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

per UROGRAFIA e M.D.C IODATO

Sono il dr. _____ e desidero darLe alcune informazioni inerenti l'indagine/intervento che Le proponiamo.

L'indagine radiologica proposta comporta l'esposizione a radiazioni ionizzanti e la somministrazione di mezzo di contrasto per via endovenosa.

Le **radiazioni ionizzanti** sono normalmente presenti nell'ambiente in cui viviamo (raggi solari, radiazioni emesse dal terreno ecc.), ma, se assorbite in dosi elevate, possono provocare danni fisici, più gravi nel caso di donne in età fertile e in gravidanza per la possibile comparsa di danni genetici responsabili di malformazioni e/o tumori.

I raggi X nella diagnostica clinica vengono utilizzati alle dosi più basse possibili compatibilmente con l'acquisizione di immagini diagnosticamente valide.

I **benefici** di una diagnosi corretta e precoce sono solitamente superiori al danno biologico provocato dalle radiazioni ionizzanti.

Il **mezzo di contrasto** iniettato in circolo contiene iodio che rende meglio visibili all'esame radiologico le strutture corporee normali e patologiche.

I mezzi di contrasto disponibili sono farmacologicamente sicuri.

La somministrazione di questi composti iodati può, pur raramente, determinare l'insorgenza di effetti secondari indesiderati quali senso di calore, prurito e ponfi cutanei, solitamente di lieve entità e di breve durata. In media in un caso ogni 6.000 esami e senza che si possa prevederne la comparsa è possibile l'insorgenza di disturbi cardio-circolatori e respiratori; essi possono, in via del tutto eccezionale, essere pericolosi per la vita (in media un decesso ogni 100.000 esami).

In caso di insorgenza di reazioni inattese avverse i medici e il personale sono in grado di prestare immediate e appropriate terapie.

Sono il/la Sig./ra _____

Informato in modo esaustivo sui benefici, i rischi, le possibili alternative e le conseguenze della non effettuazione dell'indagine/intervento proposto, ho compreso quanto mi è stato spiegato e ho avuto risposte chiare alle mie domande.

- ACCONSENTO ad essere sottoposto all'esame radiologico richiesto e alla somministrazione di mezzo di contrasto (MdC), se necessaria.
- NON ACCONSENTO ad essere sottoposto all'esame radiologico richiesto.
- NON ACCONSENTO alla somministrazione del MdC.

Firma del paziente _____ Bergamo, ____/____/____

Siamo il Sig. _____

e la Sig.ra _____

genitori di _____

- ACCONSENTIAMO a sottoporre nostro figlio/a all'esame radiologico richiesto e alla somministrazione di mezzo di contrasto (MdC), se necessaria.
- NON ACCONSENTIAMO a sottoporre nostro figlio/a all'esame radiologico richiesto.
- NON ACCONSENTIAMO a sottoporre nostro figlio/a alla somministrazione del MdC.

Firma (madre) _____ Bergamo, ____/____/____

Firma (padre) _____ Bergamo, ____/____/____

Firma e timbro del medico radiologo _____ Bg, ____/____/____