

da rilasciare all'Utente

Nome e cognome del Paziente:.....

- a) **diagnosi o sospetto diagnostico (al momento della proposta della prestazione):**
- b) **possibili varianti nell'esecuzione:**
nessuna variante - l'esame è una procedura standardizzata;
- c) **benefici attesi e scopo della prestazione proposta:**
valutazione e diagnosi per i sintomi riferiti;
- d) **rischi prevedibili legati alla non esecuzione della prestazione proposta:**
impossibilità di corretta diagnosi;
- e) **rischi prevedibili legati all'esecuzione (al momento della proposta) e possibili complicanze:**
dolore alla minzione in seguito all'esame; comparsa di sintomi di cistite (infrequente);
- f) **possibili problemi di recupero (es. conseguenze menomanti temporanee e permanenti, necessità di ausili, presidi, ...):**
nessuno;
- g) **possibilità di alternative (esplicitare se l'unica alternativa è la non esecuzione della prestazione in oggetto):**
non esecuzione.
- h) **Eventuali precisazioni dovute alle particolari condizioni cliniche:**
.....

Io sottoscritto/a documento di riconoscimento | | | | | | | | | | | | | | | |

data .../.../..... ora durante il colloquio con il

Dott./Prof. sono stato/a informato/a in merito alla proposta di essere sottoposto/a a:

**URODINAMICO COMPLETO
(Cistomanometria e/o Flussimetria)
GINECOLOGIA**

Mi sono state fornite Le spiegazioni su elencate ai punti a) b) c) d) e) f) g) h) e avendo compreso quanto spiegato, decido liberamente e consapevolmente di:

Acconsentire ad essere sottoposto/a alla prestazione sopra descritta, tenuto conto anche delle conseguenze menomanti prevedibili, temporanee o permanenti, derivanti dall'esecuzione della prestazione proposta, così come descritte nell'Informativa.

Dichiaro di aver ricevuto e letto copia dell'Informativa scritta specifica.

Sono consapevole che è mio diritto richiedere ulteriori spiegazioni in ogni momento.

Sono anche consapevole che posso revocare le mie decisioni qui espresse sino al momento dell'esecuzione della prestazione.

Firma del/della Paziente (o *chi ne fa le veci*)

Nome e Cognome di *chi ne fa le veci*

Firma del Testimone
(Persona presente al colloquio)

Timbro e Firma del Medico

Consenso ottenuto con l'ausilio di un interprete SI NO

Firma dell'Interprete

da Archiviare in Sede

Nome e cognome del Paziente:.....

- a) **diagnosi o sospetto diagnostico (al momento della proposta della prestazione):**
- b) **possibili varianti nell'esecuzione:**
nessuna variante - l'esame è una procedura standardizzata;
- c) **benefici attesi e scopo della prestazione proposta:**
valutazione e diagnosi per i sintomi riferiti;
- d) **rischi prevedibili legati alla non esecuzione della prestazione proposta:**
impossibilità di corretta diagnosi;
- e) **rischi prevedibili legati all'esecuzione (al momento della proposta) e possibili complicanze:**
dolore alla minzione in seguito all'esame; comparsa di sintomi di cistite (infrequente);
- f) **possibili problemi di recupero (es. conseguenze menomanti temporanee e permanenti, necessità di ausili, presidi, ...):**
nessuno;
- g) **possibilità di alternative (esplicitare se l'unica alternativa è la non esecuzione della prestazione in oggetto):**
non esecuzione.
- h) **Eventuali precisazioni dovute alle particolari condizioni cliniche:**
.....

Io sottoscritto/a documento di riconoscimento | | | | | | | | | |

data .../.../..... ora durante il colloquio con il

Dott./Prof. sono stato/a informato/a in merito alla proposta di essere sottoposto/a a:

**URODINAMICO COMPLETO
(Cistomanometria e/o Flussimetria)
GINECOLOGIA**

Mi sono state fornite Le spiegazioni su elencate ai punti a) b) c) d) e) f) g) h) e avendo compreso quanto spiegato, decido liberamente e consapevolmente di:

Acconsentire ad essere sottoposto/a alla prestazione sopra descritta, tenuto conto anche delle conseguenze menomanti prevedibili, temporanee o permanenti, derivanti dall'esecuzione della prestazione proposta, così come descritte nell'Informativa.

Dichiaro di aver ricevuto e letto copia dell'Informativa scritta specifica.

Sono consapevole che è mio diritto richiedere ulteriori spiegazioni in ogni momento.

Sono anche consapevole che posso revocare le mie decisioni qui espresse sino al momento dell'esecuzione della prestazione.

Firma del/della Paziente (o chi ne fa le veci)

Nome e Cognome di chi ne fa le veci

Firma del Testimone
(Persona presente al colloquio)

Timbro e Firma del Medico

Consenso ottenuto con l'ausilio di un interprete SI NO

Firma dell'Interprete

da rilasciare all'Utente

Nome e cognome del Paziente:.....

- a) diagnosi o sospetto diagnostico (al momento della proposta della prestazione):**
alterazione funzionale del tratto inferiore dell'apparato urinario (vescica e/o uretra). Disturbi della fase di riempimento (i.e. urgenza minzionale, aumento della frequenza minzionale, incontinenza urinaria) e/o della fase di svuotamento (difficoltà della minzione, svuotamento incompleto della vescica, mitto debole).
- b) possibili varianti nell'esecuzione:**
nessuna variante - l'esame è una procedura standardizzata;
- c) benefici attesi e scopo della prestazione proposta:**
diagnosi del disturbo menzionale al fine di poter impostare il corretto iter diagnostico-terapeutico del disturbo stesso.
- d) rischi prevedibili legati alla non esecuzione della prestazione proposta:**
non risoluzione e/o evoluzione sintomatologia del disturbo riferito.
- e) rischi prevedibili legati all'esecuzione (al momento della proposta) e possibili complicanze:**
al termine dell'esame e nei giorni successivi si può verificare una modesta perdita di sangue per uretram associata o indipendente dalla minzione. Esiste inoltre il rischio di infezione delle vie urinarie. Raramente l'infezione delle vie urinarie può essere complicata (febbre elevata persistente) e necessitare di un trattamento antibiotico mirato. E' inoltre possibile la comparsa di bruciori al momento della minzione o indipendentemente da questa. Entrambi questi fenomeni, associati alla procedura di cateterizzazione, sono comunque di modica entità e transitori. In rari casi, a fine procedura, ove il paziente non riprenda la minzione spontanea, può essere necessario eseguire un cateterismo estemporaneo di svuotamento o posizionare temporaneamente un catetere vescicale.
- f) possibili problemi di recupero (es. conseguenze menomanti temporanee e permanenti, necessità di ausili, presidi, ...):**
nessuno;
- g) possibilità di alternative (esplicitare se l'unica alternativa è la non esecuzione della prestazione in oggetto):**
non esecuzione.
- h) Eventuali precisazioni dovute alle particolari condizioni cliniche:**
.....

Io sottoscritto/a documento di riconoscimento | | | | | | | | | |

data .../.../..... ora durante il colloquio con il

Dott./Prof. sono stato/a informato/a in merito alla proposta di essere sottoposto/a a:

ESAME URODINAMICO COMPLETO - UROLOGIA

Mi sono state fornite Le spiegazioni su elencate ai punti a) b) c) d) e) f) g) h) e avendo compreso quanto spiegato, decido liberamente e consapevolmente di:

Acconsentire ad essere sottoposto/a alla prestazione sopra descritta, tenuto conto anche delle conseguenze menomanti prevedibili, temporanee o permanenti, derivanti dall'esecuzione della prestazione proposta, così come descritte nell'Informativa. Dichiaro di aver ricevuto e letto copia dell'Informativa scritta specifica.

Sono consapevole che è mio diritto richiedere ulteriori spiegazioni in ogni momento.

Sono anche consapevole che posso revocare le mie decisioni qui espresse sino al momento dell'esecuzione della prestazione.

Firma del/della Paziente (o chi ne fa le veci)

Nome e Cognome di chi ne fa le veci

Firma del Testimone
(Persona presente al colloquio)

Timbro e Firma del Medico

Consenso ottenuto con l'ausilio di un interprete SI NO

Firma dell'Interprete

da Archiviare in Sede

Nome e cognome del Paziente:.....

- a) **diagnosi o sospetto diagnostico (al momento della proposta della prestazione):**
alterazione funzionale del tratto inferiore dell'apparato urinario (vescica e/o uretra). Disturbi della fase di riempimento (i.e. urgenza minzionale, aumento della frequenza minzionale, incontinenza urinaria) e/o della fase di svuotamento (difficoltà della minzione, svuotamento incompleto della vescica, mitto debole).
- b) **possibili varianti nell'esecuzione:**
nessuna variante - l'esame è una procedura standardizzata;
- c) **benefici attesi e scopo della prestazione proposta:**
diagnosi del disturbo menzionale al fine di poter impostare il corretto iter diagnostico-terapeutico del disturbo stesso.
- d) **rischi prevedibili legati alla non esecuzione della prestazione proposta:**
non risoluzione e/o evoluzione sintomatologia del disturbo riferito.
- e) **rischi prevedibili legati all'esecuzione (al momento della proposta) e possibili complicanze:**
al termine dell'esame e nei giorni successivi si può verificare una modesta perdita di sangue per uretram associata o indipendente dalla minzione. Esiste inoltre il rischio di infezione delle vie urinarie. Raramente l'infezione delle vie urinarie può essere complicata (febbre elevata persistente) e necessitare di un trattamento antibiotico mirato. E' inoltre possibile la comparsa di bruciori al momento della minzione o indipendentemente da questa. Entrambi questi fenomeni, associati alla procedura di cateterizzazione, sono comunque di modica entità e transitori. In rari casi, a fine procedura, ove il paziente non riprenda la minzione spontanea, può essere necessario eseguire un cateterismo estemporaneo di svuotamento o posizionare temporaneamente un catetere vescicale.
- f) **possibili problemi di recupero (es. conseguenze menomanti temporanee e permanenti, necessità di ausili, presidi, ...):**
nessuno;
- g) **possibilità di alternative (esplicitare se l'unica alternativa è la non esecuzione della prestazione in oggetto):**
non esecuzione.
- h) **Eventuali precisazioni dovute alle particolari condizioni cliniche:**
.....

Io sottoscritto/a documento di riconoscimento | | | | | | | | | |

data/.../..... ora durante il colloquio con il

Dott./Prof. sono stato/a informato/a in merito alla proposta di essere sottoposto/a a:

ESAME URODINAMICO COMPETO - UROLOGIA

Mi sono state fornite Le spiegazioni su elencate ai punti a) b) c) d) e) f) g) h) e avendo compreso quanto spiegato, decido liberamente e consapevolmente di:

Acconsentire ad essere sottoposto/a alla prestazione sopra descritta, tenuto conto anche delle conseguenze menomanti prevedibili, temporanee o permanenti, derivanti dall'esecuzione della prestazione proposta, così come descritte nell'Informativa. Dichiaro di aver ricevuto e letto copia dell'Informativa scritta specifica.

Sono consapevole che è mio diritto richiedere ulteriori spiegazioni in ogni momento.

Sono anche consapevole che posso revocare le mie decisioni qui espresse sino al momento dell'esecuzione della prestazione.

Firma del/della Paziente (o chi ne fa le veci)

Nome e Cognome di *chi ne fa le veci*

Firma del Testimone
(Persona presente al colloquio)

Timbro e Firma del Medico

Consenso ottenuto con l'ausilio di un interprete SI NO

Firma dell'Interprete