

	Pre operatorio		Mod. 0293	Pag. 1 di 2
	INFORMAZIONE E CONSENSO SOSTITUZIONE STENT URETERALE		Parola chiave:	URO 64
			Rev. 02	del 24/11/2025

Unità Funzionale di Urologia

In data _____ da parte del personale del Reparto di Urologia della Casa di Cura Città di Bra mi è stata consegnata copia del presente modulo al fine di consentirne un'attenta lettura e valutazione di quanto esposto di seguito.

Prima di procedere alla informazione relativa alla procedura diagnostica proposta, Le chiediamo di leggere attentamente quanto di seguito riportato.

Le procedure di seguito descritte comportano l'impiego di Raggi X, che è sconsigliato nel caso di **donne in età fertile**, in quanto potrebbe provocare danni nel nascituro. Questo comporta che, con la firma del presente modulo lei **dichiara di non essere di non essere in gravidanza**.

Le procedure di seguito descritte prevedono l'iniezione di un **"mezzo di contrasto"**. Questo farmaco può raramente provocare alcune reazioni avverse che vengono classificate come **lievi** (nausea, vomito, prurito) o **moderate** (vomito profuso, orticaria diffusa, edema facciale, broncospasmo) e sono in genere risolte con semplici provvedimenti terapeutici. Rarissimamente, si possono verificare reazioni **severe** (shock ipotensivo, edema polmonare, arresto cardio-respiratorio).

Allo scopo di decidere sull'ulteriore iter clinico e terapeutico, grazie alle specifiche informazioni che derivano da questa indagine, **è indispensabile fornirle le seguenti informazioni.**

Gli stent ureterali se non sostituiti periodicamente possono andare incontro a complicanze quali l'occlusione, dovuta ad incrostazioni, o l'infezione. Una sostituzione dello stent può anche rendersi necessaria a seguito di una sua dislocazione.

La sostituzione dello stent ureterale si effettua per via retrograda recuperando il suo estremo vescicale (nei maschi mediante cistoscopia, nelle femmine con cistoscopia o utilizzando un'apposita pinza; altre modalità di recupero, meno praticate, prevedono l'utilizzo di appositi lacci) che viene esteriorizzato; si procede quindi al posizionamento di un filo guida sul quale, dopo rimozione dello stent, viene inserito il nuovo.

Questi interventi non sono del tutto scevri da complicanze: dolore, rialzo febbrile ed ematuria macroscopica (che tende a risolversi spontaneamente nelle prime 24-48 ore) sono eventi frequenti. Possibile la sepsi. Eccezionalmente l'ematuria può richiedere un trattamento con trasfusioni di sangue e/o un trattamento correttivo chirurgico o percutaneo, quest'ultimo mediante l'embolizzazione del vaso causa del sanguinamento.

La procedura ha una elevata possibilità di successo. In alcuni casi tuttavia vi è la possibilità di fallimento (ad. es per completa occlusione dello stent con conseguente impossibilità di risalire con il filo guida, dislocazione accidentale in vescica dell'estremo renale, dislocazione accidentale in uretere dell'estremo vescicale). In tali casi si può rendere necessario il riposizionamento dello stent attraverso il rene.

	Pre operatorio INFORMAZIONE E CONSENSO SOSTITUZIONE STENT URETERALE	Mod. 0293	Pag. 2 di 2
		Parola chiave: URO 64	
		Rev. 02	del 24/11/2025

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO E PARTECIPATO

Tutto ciò permesso, il/la Sottoscritto/a, _____

affetto da _____

dichiara di aver letto e compreso quando esposto nel presente modulo e di aver ricevuto dal **Dott.** _____ ogni ulteriore informazione in merito: al tipo di trattamento diagnostico e/o terapeutico; alle modalità di esecuzione dello stesso; ai vantaggi ai fini di una precisa diagnosi, ai rischi ad essa correlati; alle alternative terapeutiche sia farmacologiche che chirurgiche, rispondendo esaurientemente ad ogni mio quesito e richiesta di precisazioni in merito a: _____

illustrandomi gli svantaggi che avrei qualora decidessi di **NON** effettuare tale accertamento/procedura e di essere, conseguentemente, in grado di esprimere una consapevole scelta.

Alla luce di quanto esposto, il/la Sottoscritto/a dichiara di: **ACCETTARE DI ESSERE SOTTOPOSTO ALLA SEGUENTE PROCEDURA: SOSTITUZIONE STENT URETERALE**

Data _____

Firma del paziente o di chi ne fa le veci _____

Firma del Medico _____

REVOCA DEL CONSENSO RILASCIATO IN DATA _____ Firma del Paziente/Tutore Legale _____
