

CDV	CONSENSO INFORMATO ESAME DI CISTOSCOPIA	Data
		Prot. 40/6
		Firma
		Pagina 1 di 1

Io sottoscritto _____ nato a _____ il _____

Esecuzione di : CISTOSCOPIA

Preso visione delle complicanze più significative e più frequenti relative alla procedura diagnostica sopra indicata così specificate:

- la manovra sarà eseguita ambulatorialmente previa lubrificazione uretrale con gel anestetico con lidocaina al 1 %
- comparsa di uretrorragia
- comparsa di ematuria
- lesioni uretrali
- infezioni delle vie urinarie (o sistemiche) con edema della ghiandola prostatica e con possibilità di ritenzione acuta d'urina

DICHIARO QUANTO SEGUE:

- di avere ricevuto e letto la preparazione per l'esame di cistoscopia
- di avere compreso quanto descritto nella preparazione
- di avere avuto la possibilità di chiedere informazioni ulteriori e di fare domande al medico esecutore dell'esame
- di comprendere che qualsiasi procedura invasiva, anche se eseguita a regola d'arte, può presentare delle complicazioni
- di essere stato informato sulla natura delle complicanze più comuni relative alla specifica procedura
- di avere informato il medico esecutore dell'esame sulle mie malattie attuali o pregresse e sulla presenza di eventuali allergie

AVENDO PRESO VISIONE DI QUANTO SOPRA ED AVENDO RICEVUTO SPIEGAZIONI IN MERITO DA PARTE DEL DR. _____, ACCONSENTO ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME DI CISTOSCOPIA

Il paziente _____

Il Medico _____

Varese, _____