

Logo Azienda/ Università	Struttura organizzativa Responsabile Intestazione Azienda	Logo Azienda/ Università
---	---	---

CONSENSO INFORMATO PER L' ESWL

Io sottoscritto. nato a il .
..... e residente a in via. dichiaro
di avere avuto un esaustivo colloquio con il Prof./Dott.
durante il quale mi è stato spiegato che sono affetto da litiasi urinaria. Mi sono state spiegate
con grande chiarezza tutte le alternative terapeutiche a mia potenziale disposizione, e che
comprendono: osservazione attenta, terapia medica, trattamento di litotrixxia extracorporea,
terapia endoscopica (retrograda o per via percutanea) e chirurgica. In considerazione della mia
condizione clinica generale e locale della litiasi ho liberamente scelto di essere sottoposto a
trattamento di litotripsia extracorporea (ESWL). In particolare mi è stato chiaramente spiegato
che questo trattamento viene eseguito senza necessità di anestesia o sedazione. Questo
trattamento prevede che le onde d'urto generate dal litotritore si concentrino a livello del calcolo
disgregandolo e frantumandolo. L'efficacia litolitica del trattamento dipende molto dalla
composizione, dimensione, sede e compattezza della litiasi stessa. Il trattamento dura
generalmente da 30 minuti a una ora. Mi è stato spiegato che prima del trattamento può essere
necessario ricorrere a procedure operative non inizialmente previste come, ad esempio, il
posizionamento per via cistoscopica di uno stent ureterale (doppio J). Mi è stato spiegato che
una volta terminato il trattamento, alla ripresa della minzione potrebbero comparire ematuria
(sangue nelle urine), dolori simil colica ed 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
- Ematoma renale/perirenale
- Impilamento di frammenti litiasici in uretere
- Infezioni delle vie urinarie/sepsi
- Rottura renale. Può essere necessario programmare uno o più trattamenti per la risoluzione della litiasi.

Io sottoscritto. nato a il .



..... dichiaro di essere stato informato 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 ad eseguire su di me i procedimenti terapeutici concordati. Con la firma del presente consenso confermo di aver letto e compreso completamente quanto sopra esposto.

Data Il medico Il paziente

