



REGIONE DEL VENETO  
AZIENDA OSPEDALE – UNIVERSITA' PADOVA  
DIPARTIMENTO DI SCIENZE CHIRURGICHE, ONCOLOGICHE E GASTROENTEROLOGICHE  
**UNITA' OPERATIVA COMPLESSA DI UROLOGIA**  
Direttore: Prof. Fabrizio Dal Moro



Egr. Signore,

Le comunichiamo che il suo accertamento

- |  |     |   |
|--|-----|---|
| <input type="checkbox"/> biopsia prostatica random 14 prelievi | (+) | <input type="checkbox"/> prelievi MRI targeted ("FUSION") |
| <input type="checkbox"/> biopsia prostatica random 24 prelievi |     |   |

Con anestesia:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> locale (standard) | <input type="checkbox"/> locale + <b>SEDAZIONE</b><br><i>(in caso di specifiche esigenze cliniche – vedere riquadro sotto!)</i> |
|--|---|

**dovrà essere prenotato da Lei, con l'impegnativa allegata, con le seguenti modalità:**

- personalmente presso lo Sportello degli Ambulatori del Monoblocco;
- telefonando al n°049-821 4449 dalle 13:30 alle 14:30;
- via mail all'indirizzo: ambulatori.monoblocco@aopd.veneto.it

La procedura è ambulatoriale e verrà eseguito presso l'Ambulatorio 5 del Monoblocco dell'Azienda Ospedaliera di Padova, in via Giustiniani, 2

*(invece, se prevista sedazione, al 4° piano del Monoblocco, Reparto di Urologia).*

**IL GIORNO DELLA PROCEDURA DOVRA' PORTARE:**

- tessera sanitaria;
- documentazione medica (in particolare **lettera dell'Urologo che ha prescritto la procedura**) con elenco dei farmaci assunti ed **esito degli esami del sangue prescritti** (PT, aPTT, INR) ed eventuale CD e referto di RM prostatica);
- una bottiglietta d'acqua da almeno 0,5L;
- gli allegati moduli informativi che si raccomanda di compilare e leggere con attenzione; Si prescrive di venire accompagnati.

**SOLO IN CASO SIA ESPRESSAMENTE PREVISTA LA SEDAZIONE:**

**Portare esito recente (max 3 mesi) di:**

- *esami sangue: emocromo, coagulazione (PT, aPTT, INR), ionemia (Na, K, Cl), creatininemia;*
- *elettrocardiogramma.*

***(esami da eseguire a carico del Paziente con impegnative allegate)***

***La procedura verrà eseguita al 4° piano del Monoblocco, Reparto di Urologia.***

***Dovrà restare a DIGIUNO dalla mezzanotte del giorno della procedura.***

***Dopo la procedura non potrà guidare o eseguire azioni che richiedano concentrazione per 24h.***

**PREPARAZIONE INDISPENSABILE ALLA PROCEDURA:**

- eseguire depilazione del perineo, cioè la regione cutanea tra testicoli ed ano;
- eseguire un clistere (peretta "grande") almeno 3 ore prima della procedura;
- assumere antibiotico: **Fosfomicina 3 g una bustina circa 2 ore prima della procedura e una a 24 ore dalla procedura.** Nel caso di allergia o intolleranza, anche solo sospetta, La invitiamo a contattare il Suo Medico di Medicina Generale per valutare l'opportunità di sostituirlo con altro antibiotico (per esempio Bactrim).

**ALTRE PRESCRIZIONI:**

- 1- fare una normale colazione *(se prevista SEDAZIONE dovrà invece restare a DIUGINO)*;
- 2- SE sta assumendo farmaci ANTIAGGREGANTI (es. Aspirinetta, Cardioaspirina, Ascriptin, Ibustrin, Tiklid, Brilique, Plavix etc.) dovrà rivolgersi al Suo Medico di Medicina Generale per valutare la possibilità/opportunità di sospenderli almeno 5 giorni prima della procedura.
- 3- SE sta assumendo farmaci ANTICOAGULANTI (es. Coumadin, Sintrom, Xarelto, Eliquis, Pradaxa, Arixtra, Lixiana, Eparina etc.) dovrà rivolgersi al Suo Medico di Medicina Generale per valutare la possibilità/opportunità di sospenderli con eventuale sostituzione con Eparine a basso peso molecolare prima della procedura, monitorando gli indici di coagulazione (al momento della procedura Lei dovrà presentare un recente dosaggio che attesti INR < 1,25).

**IL MANCATO RISPETTO DI QUANTO SOPRA POTREBBE RENDERE IMPOSSIBILE L'ESECUZIONE DELLA PROCEDURA.**

La preghiamo inoltre di avvisare tempestivamente in caso di rinuncia/impedimenti telefonando allo 049-821 4449, ore 13.30-14.30 oppure inviando una mail a: [ambulatori.monoblocco@aopd.veneto.it](mailto:ambulatori.monoblocco@aopd.veneto.it).

Si invita a condividere questo modulo con il proprio Medico di Medicina Generale.



REGIONE DEL VENETO  
AZIENDA OSPEDALE – UNIVERSITA' PADOVA  
DIPARTIMENTO DI SCIENZE CHIRURGICHE, ONCOLOGICHE E  
GASTROENTEROLOGICHE  
**UNITA' OPERATIVA COMPLESSA DI UROLOGIA**  
Direttore: Prof. Fabrizio Dal Moro



**CONSENSO INFORMATO ALLA BIOPSIA PROSTATICA**

Gentile Paziente,

la **Biopsia Prostatica** rappresenta una procedura necessaria al fine di diagnosticare una Neoplasia Prostatica in Pazienti con un sospetto emerso dall'esame obiettivo e/o dagli accertamenti eseguiti.

La procedura si svolge in regime *Ambulatoriale* o di *Day Hospital* e necessita solitamente di un'Anestesia Locale o di un una Sedazione Cosciente. Generalmente si eseguono, per via trans-rettale o trans-perineale, dai 6 ai 30 prelievi (sotto guida ecografica trans-rettale) mediante un ago montato su una pistola a scatto che permette escursioni rapide dell'ago riducendo così la sintomatologia dolorosa.

Dopo la biopsia si possono verificare perdite ematiche dal meato uretrale esterno e/o dall'ano, che in genere regrediscono spontaneamente e che non richiedono trattamenti. In rari casi tali perdite possono persistere più a lungo. La presenza di sangue nelle urine (solitamente lieve) può essere visibile nelle ore successive all'indagine e generalmente si risolve spontaneamente.

Dopo la biopsia è opportuno astenersi dai rapporti sessuali per 7 giorni; può verificarsi la presenza di sangue nel liquido seminale (emospermia) che solitamente non è di nessuna rilevanza clinica e si risolve spontaneamente.

La comparsa di febbre è un evento sporadico: tuttavia, in questi casi è opportuno rivolgersi al proprio Medico di Medicina Generale che valuterà l'opportunità di eventuali suggerimenti terapeutici aggiuntivi e/o di consigliare una rivalutazione urologica urgente.

Una complicanza ancora più rara è rappresentata dalla ritenzione acuta d'urina (impossibilità di urinare spontaneamente) che può essere determinata sia dalla congestione prostatica che dalla presenza di coaguli ematici in vescica. In questi casi può essere necessario un cateterismo vescicale eventualmente associato a lavaggi.

Padova, \_\_\_\_\_

**Il sottoscritto Sig. \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ dichiara di aver compreso le indicazioni, le modalità di esecuzione e i possibili effetti collaterali della Biopsia Prostatica e di aver chiarito al Medico gli eventuali dubbi.**

*Il Paziente* \_\_\_\_\_

*Il Medico responsabile* \_\_\_\_\_