

U.O.C. UROLOGIA Civitanova Marche
(Stabilimento ospedaliero di Civitanova Marche, piano 1°)

Direttore Dr. Enrico CARACENI
e-mail enrico.caraceni@sanita.marche.it

telefono 0733/823512

NOMINATIVI DEI MEDICI E DEL COORDINATORE INFERMIERISTICO

DR. MARRONARO	ANGELO
DR.SSA COSTA	ALESSIA MARIA GRAZIA
DR. MAZZAFERRO	DANIELE
DR. QUARESIMA	LUIGI

Coordinatore Infermieristico : 0733/823912

INFORMAZIONI e NUMERI UTILI

Per ogni informazione riguardante le attività è possibile telefonare :

U.O.C.UROLOGIA 0733/823982 (dalle h 12 alle h 14)

Coordinatore Infermieristico 0733/823912-823237 (dalle h 11 alle ore 14)

Ambulatorio pre-ricoveri 0733/823904-823583 (dal lunedì al venerdì 09.00-13.00)

Ambulatorio di UROLOGIA 0733/823062-823514 (dal lunedì al sabato 13.00-15.00)

ATTIVITA' SVOLTE DALL'UNITA' OPERATIVA

Principali patologie trattate in regime di ricovero:

Patologie del rene - Patologie dell'uretere - Patologie del pene - Patologie vescicali - Patologie prostatiche - Chirurgia protesica per disfunzioni erettili - Chirurgia per incontinenza urinaria maschile e femminile. I tumori della prostata e del rene sono asportati con tecnica laparoscopica.

Principali patologie trattate in regime di day hospital:

Neoplasie della vescica – Calcolosi urinaria – piccoli interventi urologici

Sono presenti inoltre i seguenti percorsi di cura:

- PROSTATE UNIT (martedì 10.00 – 14.00)*
- AUDIT CLINICO URO-ONCOLOGICO (giovedì 14.00 – 16.00)*

4) PRESTAZIONI AMBULATORIALI

Ambulatorio urologico divisionale (PRENOTAZIONE DA CUP): Visite urologiche (prima visita

e visita di controllo: mercoledì, giovedì, venerdì e sabato 08.00 – 14.00) – Visite andrologiche (prima visita e visita di controllo: martedì 14.00 – 15.00) - Cistoscopia (lunedì 08.00 – 14.00; mercoledì e giovedì 11.30 – 12.30) – Uroflussometria (venerdì 08.00 – 10.00)

Ambulatorio urologico divisionale (PRENOTAZIONE INTERNA): Biopsie prostatiche ecoguidate (martedì 10.30 – 13.30) - Ecografie reni e vescica (martedì 08.00 – 10.30) – Ecografia prostatica per via trans-rettale (martedì 10.30 – 12.30) - Ecodoppler plesso pampiniforme - Ecodoppler penieno dinamico (martedì 14.00) – Esami urodinamici (giovedì 14.00 – 16.00)

Ambulatorio di presa in carico dei pazienti uro-oncologici (prenotazione interna lunedì 14.00-16.00)

Ambulatori territoriali (Dr.ssa Luciana Mariani)

LUNEDI (08.00 – 14.30)	OSPEDALE CIVITANOVA M.	0733/823514 - 823062
MARTEDI (08.00 – 13.30)	POLIAMBULATORIO PORTO RECANATI	071/7595332
MARTEDI (14.30 – 16.30)	POLIAMBULATORIO CIVITANOVA M.	0733/823426
GIOVEDI (08.00 – 14.00)	POLIAMBULATORIO CIVITANOVA M.	0733/823426
GIOVEDI (15.00 – 19.00)	POLIAMBULATORIO POTENZA PICENA	0733/675155 - 675161

Orari di visita ai degenti

Mattino dalle 07.00 alle 08.00

Pomeriggio dalle 12.30 alle 14.30

Sera dalle 18.30 alle 20.30

Ricevimento Medici e Direttore

Orario Ricevimento Direttore

Il Direttore della Struttura riceve TUTTI I GIORNI dal lunedì al venerdì dalle 14.00 alle 15.00

Orario di ricevimento dei medici

I medici ricevono TUTTI I GIORNI dalle 14.00 alle 15.00

Orario di distribuzione del vitto

Colazione dalle 07.30 alle 08.00

Pranzo dalle 12.45 alle 13.15

Cena dalle 18.45 alle 19.15

Orario di visita medica

Mattino dalle 10.00 alle 11.30

Pomeriggio dalle 15.00 alle 16.00

Altre informazioni

I ricoveri programmati avvengono sulla base di una lista di attesa, regolamentata dal Responsabile dell'Unità Operativa e dalla Direzione Medica di Presidio, è tenuta dal Coordinatore Infermieristico, che può essere contattato al numero 0733/823912 negli orari stabiliti. Essa può essere visionata dagli aventi diritto, tenendo conto delle norme che regolano il diritto alla Privacy.

Per il ritiro dei referti istologici gli utenti saranno contattati dal personale dell'ambulatorio divisionale contattabile TUTTI I GIORNI dalle 14.00 alle 15.00 al numero 0733/823062

MODULISTICA/PRESCRIZIONI PER L'UTENZA

- 1) MODULO PREPARAZIONE per cistoscopia
- 2) MODULO PREPARAZIONE per biopsia prostatica
- 3) MODULO PREPARAZIONE per urodinamica

IL DIRETTORE

Dr. Enrico CARACENI



ECOGRAFIA PROSTATICA TRANSRETTALE CON BIOPSIA ECOGUIDATA

Il Signor _____ deve presentarsi presso l'Ambulatorio di Urologia il giorno _____ alle ore _____ possibilmente con la vescica piena e munito di:

-**N°2 impegnativa** del medico curante per Esame Istologico di Biopsia Prostatica

-**N°1 impegnativa** del medico curante per Eco prostata transrettale con Biopsia eco-guidata -

Documentazione clinica, ecografica, radiologica e dosaggio del PSA effettuati dal paziente precedentemente

Il paziente deve sospendere almeno tre giorni prima la somministrazione di farmaci anticoagulanti (ad esempio Coumadin, Tiklid, Calciparina, aspirina, cardioaspirina, ecc...).

Somministrare dal _____ al _____ (se non ci sono intolleranze al farmaco).

Somministrare due o tre ore prima dell'esame un SORBICLIS (piccolo clistere dell'ampolla rettale).

CONSENSO INFORMATO

Il sottoscritto _____ nato il _____ dichiara di essere informato dal Dr. _____ dirigente medico dell'unità operativa di Urologia dei seguenti aspetti relativi al trattamento sanitario volontario cui intende sottoporsi:

1. Descrizione dell'esame e modalità di esecuzione
 - Introduzione del liquido disinfettante nel retto (soluzione di betadine)
 - Introduzione di una sonda ecografica nel retto
 - Prelievo di frammenti prostatici per via transrettale mediante ago attraverso un collimatore montato sulla sonda prostatica
2. Scopo dell'esame
 - Individuare e definire meglio eventuali malattie prostatiche e loro grado di estensione
3. Rischi / Inconvenienti ragionevolmente prevedibili
 - Dolore perineale
 - Febbre urosettica
 - Ritenzione urinaria
 - Uretrorragia e/o ematuria
 - Emospermia
 - Rettorragia

Il sottoscritto inoltre dichiara:

A- tutte le domande poste hanno avuto risposta soddisfacente

B- si autorizza l'esecuzione dell'esame sopra indicato

C- si esprime il consenso al trattamento dei dati personali e dei dati sensibili relativi alla propria persona

D- ogni eventuale comunicazione e/o consegna referto in caso di incapacità ed impossibilità da parte del sottoscritto a riceverla va effettuata a _____

CIVITANOVA LI _____

Firma paziente

Firma del medico



AZIENDA SANITARIA UNICA REGIONALE
A R E A V A S T A N 3
P.zza Garibaldi 8 – Civitanova Marche
Struttura Complessa di urologia
Direttore : Dott CARACENI Enrico



ECOCOLOR DOPPLER PENIENO DINAMICO

Il Signor _____ deve presentarsi presso l'Ambulatorio di Urologia il giorno _____ alle ore _____ munito di:

- Impegnativa del medico curante per ECOCOLOR DOPPLER PENIENO DINAMICO
- Documentazione clinica, ecografica, radiologica effettuata precedentemente _____
- Sospendere tre giorni prima eventuali terapie anticoagulanti
- Non assumere alcoolici e farmaci ipnoinducenti il giorno dell'esame

CONSENSO INFORMATO

Il sottoscritto _____ nato il _____ dichiara di essere informato dal Dr. _____ dirigente medico dell'unità operativa di Urologia dei seguenti aspetti relativi al trattamento sanitario volontario cui intende sottoporsi:

1. Descrizione dell'esame e modalità di esecuzione
ECOCOLOR DOPPLER PENIENO: semplice ecografia del pene con sonda ad ultrasuoni
FARMACOPROTESI ENDOCAVITARIA: iniezione di farmaco vasoattivo nel corpo cavernoso del pene con ago da insulina
2. Scopo dell'esame
 - Discriminare la causa della disfunzione erettiva
3. Rischi / Inconvenienti ragionevolmente prevedibili
 - Erezione prolungata oltre le quattro ore con eventuale drenaggio dei corpi cavernosi
 - Infezione
 - Ematoma Penieno
 - Dolore Penieno

Il sottoscritto inoltre dichiara:

- A- tutte le domande poste hanno avuto risposta soddisfacente
- B- si autorizza l'esecuzione dell'esame sopra indicato
- C- si esprime il consenso al trattamento dei dati personali e dei dati sensibili relativi alla propria persona
- D- ogni eventuale comunicazione e/o consegna referto in caso di incapacità ed impossibilità da parte del sottoscritto a riceverla va effettuata a _____

CIVITANOVA LI _____

Firma paziente

Firma del medico



AZIENDA SANITARIA UNICA REGIONALE
AREA VASTA N.3
P.zza Garibaldi 8 – Civitanova Marche
Struttura Complessa di urologia
Direttore : Dott CARACENI Enrico



CISTOSCOPIA

Il Signor _____ deve presentarsi presso l'Ambulatorio di Urologia il giorno _____ alle ore _____ munito di:
-Impegnativa del medico curante per CISTOSCOPIA.

Somministrare dal _____ al _____ (se non ci sono intolleranze al farmaco).
Presentarsi muniti di documentazione sanitaria e radiologica a propria disposizione.

CONSENSO INFORMATO

Il sottoscritto _____ nato il _____ dichiara di essere informato dal Dr. _____ dirigente medico dell'unità operativa di Urologia dei seguenti aspetti relativi al trattamento sanitario volontario cui intende sottoporsi:

1. Descrizione dell'esame e modalità di esecuzione
 - Introduzione di un cistoscopio in uretra previa anestesia locale con gel di lidocaina
 - Visualizzazione dell'uretra e della vescica con ottiche e trasmissione dell'immagine su Monitor
2. Scopo dell'esame
 - Studio Morfologico del basso apparato urinario
3. Rischi / Inconvenienti ragionevolmente prevedibili
 - Crisi vaso-vagale
 - Febbre urosettica
 - Dolore sovrapubico
 - Ritenzione urinaria
 - Uretrorragia e/o ematuria

Il sottoscritto inoltre dichiara:

A- tutte le domande poste hanno avuto risposta soddisfacente

B- si autorizza l'esecuzione dell'esame sopra indicato

C- si esprime il consenso al trattamento dei dati personali e dei dati sensibili relativi alla propria persona

D- ogni eventuale comunicazione e/o consegna referto in caso di incapacità ed impossibilità da parte del sottoscritto a riceverla va effettuata a _____

CIVITANOVA LI _____

Firma paziente

Firma del medico



AZIENDA SANITARIA UNICA REGIONALE
AREA VASTA N3
P.zza Garibaldi 8 – Civitanova Marche
Struttura Complessa di urologia
Direttore : Dott CARACENI Enrico



ESAME URODINAMICO - VIDEOURODINAMICA

Il Signor _____ deve presentarsi presso l'Ambulatorio di Urologia il giorno _____ alle ore _____ possibilmente con la vescica piena e munito di:

-Impegnativa del medico curante per ESAME URODINAMICO INVASIVO.

Il paziente deve sospendere almeno due giorni prima dell'esame eventuali terapie urologiche (ad esempio Omnic, Xatral, Ditropan, Detrusitol e tutti gli alfa litici e anticolinergici) e terapie con anticoagulanti.

Somministrare dal _____ al _____ (se non ci sono intolleranze al farmaco).
Presentarsi muniti di documentazione sanitaria e radiologica a propria disposizione.

CONSENSO INFORMATO

Il sottoscritto _____ nato il _____ dichiara di essere informato dal Dr. _____ dirigente medico dell'unità operativa di Urologia dei seguenti aspetti relativi al trattamento sanitario volontario cui intende sottoporsi:

1. Descrizione dell'esame e modalità di esecuzione
 - Posizionamento catetere vescicale e sonda rettale
 - Riempimento della vescica con soluzione fisiologica
 - Eventuale posizionamento di elettrodo perineale ad ago
 - Utilizzo dei Raggi X in caso di Videourodinamica
2. Scopo dell'esame
 - Studio funzionale (studio morfofunzionale per la videourodinamica) del basso apparato urinario
3. Rischi / Inconvenienti ragionevolmente prevedibili
 - Febbre urosettica
 - Dolore perineale e/0 sovrapubico
 - Ritenzione urinaria
 - Uretrorragia e/o ematuria
 - Possibili danno da radiazioni al feto per le donne in gravidanza (solo per la videourodinamica)

Il sottoscritto inoltre dichiara:

- A- tutte le domande poste hanno avuto risposta soddisfacente
- B- si autorizza l'esecuzione dell'esame sopra indicato
- C- si esprime il consenso al trattamento dei dati personali e dei dati sensibili relativi alla propria persona
- D- ogni eventuale comunicazione e/o consegna referto in caso di incapacità ed impossibilità da parte del sottoscritto a riceverla va effettuata a _____

CIVITANOVA LI _____

Firma paziente

Firma del medico