

# FICHE INFO PATIENT



FICHE CRÉÉE EN : AVANT 2012  
DERNIERE MISE A JOUR : NOVEMBRE 2018

FICHE REMISE LE ...../...../.....

PAR DR .....

Madame, Monsieur,

Cette fiche, rédigée par l'Association Française d'Urologie est un document destiné à vous aider à mieux comprendre les informations qui vous ont été expliquées par votre urologue à propos de votre maladie et des choix thérapeutiques que vous avez faits ensemble.

En aucune manière ce document ne peut remplacer la relation que vous avez avec votre urologue. Il est indispensable en cas d'incompréhension ou de question supplémentaire que vous le revoyez pour avoir des éclaircissements.

Vous sont exposées ici les raisons de l'acte qui va être réalisé, son déroulement et les suites habituelles, les bénéfices et les risques connus même les complications rares.

Prenez le temps de lire ce document éventuellement avec vos proches ou votre médecin traitant, revoyez votre urologue si nécessaire. Ne vous faites pas opérer s'il persiste des doutes ou des interrogations.

Pour plus d'information, vous pouvez consulter le site : [www.urologie-santé.fr](http://www.urologie-santé.fr)

## URÉTHROCYSTOSCOPIE

**Votre urologue se tient à votre disposition pour tout renseignement.**

Vous allez avoir une uréthrocystoscopie. Cet examen consiste à examiner l'urètre et la vessie par voie naturelle endo-urétrale (endoscopie).

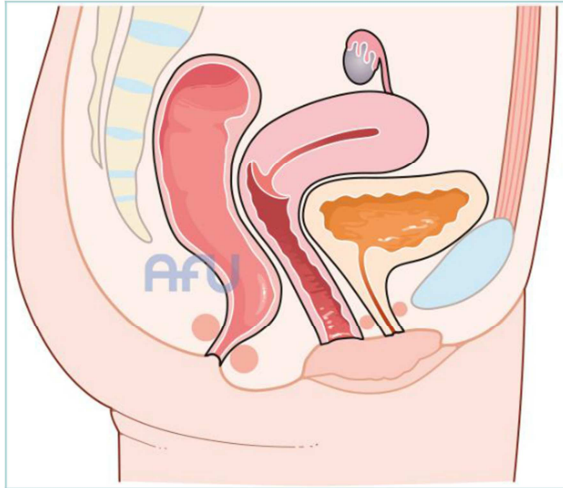
### — RAPPEL ANATOMIQUE

La vessie est le réservoir dans lequel l'urine provenant des reins est stockée avant d'être évacuée lors de la miction.

L'urètre est le canal par lequel l'urine est expulsée de la vessie.

### — EXISTE-T-IL D'AUTRES OPTIONS ?

**Non, cet examen ne peut pas être remplacé par une imagerie quelle qu'elle soit (scanner, échographie...)**



## PRÉPARATION, PRINCIPE ET DÉROULEMENT DE L'EXAMEN

*Toute intervention nécessite une préparation qui peut être variable selon chaque individu. Il est indispensable que vous suiviez les recommandations qui vous seront données par votre urologue.*

En cas de non-respect de ces recommandations, l'intervention pourrait être reportée.

Une cystoscopie est pratiquée pour :

- Aider au diagnostic de troubles urinaires.
- Le diagnostic suivi d'une tumeur de la vessie.
- L'ablation d'un corps étranger intra-vésical ou d'une sonde double J.

Cet examen est habituellement réalisé en unité de soins externes sous anesthésie locale.

Le cystoscope est un tube mince (souple ou rigide) muni à son extrémité d'une lentille reliée à une source lumineuse. Il est introduit dans la vessie par le méat de l'urètre (comme une sonde urinaire). Le passage de l'appareil peut être ressenti au niveau du sphincter malgré l'effet de l'anesthésie locale.

## SUITES ET RISQUES

Dans la majorité des cas, l'intervention qui vous est proposée se déroule sans complication. Cependant, tout acte chirurgical comporte un certain nombre de risques et complications décrits ci-dessous.

Certaines complications sont liées à votre état général.

Toute intervention chirurgicale nécessite une anesthésie, qu'elle soit loco-régionale ou générale, qui comporte des risques. Elles vous seront expliquées lors de la consultation pré-opératoire avec le médecin anesthésiste.

D'autres complications directement en relation avec l'intervention sont rares, mais possibles.

### LES COMPLICATIONS COMMUNES À TOUTE CHIRURGIE SONT :

- Infection locale, généralisée
- Le saignement avec hématome possible et parfois transfusion
- Phlébite et embolie pulmonaire
- Allergie

### LES COMPLICATIONS SPÉCIFIQUES À L'INTERVENTION SONT PAR ORDRE DE FRÉQUENCE :

- Après la cystoscopie, vous pouvez avoir pendant quelques heures des besoins d'uriner pressants et une sensation de brûlures en urinant. En cas de persistance de ces troubles, vous devez prendre contact avec votre médecin traitant ou votre urologue.
- Saignement urinaire transitoire (le plus souvent sans conséquence).
- Infection urinaire, qui nécessite une consultation médicale pour prescription d'une analyse d'urine et mise en route d'un traitement anti-infectieux. La fièvre relève de l'urgence et d'une consultation auprès de votre médecin traitant, de votre urologue ou du service des urgences.

Il est rappelé que **toute intervention chirurgicale comporte un certain nombre de risques y compris vitaux**, tenant à des variations individuelles qui ne sont pas toujours prévisibles. Certaines de ces complications sont de survenue exceptionnelle (plaies des vaisseaux, des nerfs et de l'appareil digestif) et peuvent parfois ne pas être guérissables. Au cours de cette intervention, le chirurgien peut se trouver en face d'une découverte ou d'un événement imprévu nécessitant des actes complémentaires ou différents de ceux initialement prévus, voire une interruption du protocole prévu.

Toute chirurgie nécessite une mise au repos et une diminution des activités physique. Il est indispensable de vous mettre au repos et de ne reprendre vos activités qu'après accord de votre chirurgien.

**EN CAS D'URGENCE,**  
votre urologue vous donnera la conduite à tenir.

En cas de difficulté à le joindre,  
**faites le 15.**

**Fumer augmente le risque de complications chirurgicales de toute chirurgie**, en particulier risque infectieux (X3) et difficulté de cicatrisation (X5). Arrêter de fumer 6 à 8 semaines avant l'intervention diminue significativement ces risques. De même, Il est expressément recommandé de ne pas recommencer à fumer durant la période de convalescence.



Si vous fumez, parlez-en à votre médecin, votre chirurgien et votre anesthésiste ou appelez la ligne

**Tabac-Info-Service au 3989**

ou par internet :

**tabac-info-Service.fr,**

pour vous aider à arrêter.

# CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

## DOCUMENT DE CONSENTEMENT AUX SOINS

Dans le respect du code de santé publique (Article R.4127-36), je, soussigné (e) Monsieur, Madame,  
..... reconnaît avoir été informé (e) par le Dr ..... en  
date du ...../...../....., à propos de l'intervention qu'il me propose : **uréthrocystoscopie chez la  
femme.**

J'ai bien pris connaissance de ce document et j'ai pu interroger le Dr ..... qui a  
répondu à toutes mes interrogations et qui m'a rappelé que je pouvais jusqu'au dernier moment annuler  
l'intervention.

**Ce document est important. Il est indispensable de le communiquer avant l'intervention. En son absence,  
votre intervention sera annulée ou décalée.**

Fait à .....

Le ...../...../.....

En 2 exemplaires,

Signature

Cette fiche a été rédigée par l'Association Française d'Urologie pour vous accompagner. Elle ne doit pas être modifiée. Vous pouvez retrouver le document original et des documents d'information plus exhaustifs sur le site [urologie-santé.fr](http://urologie-santé.fr)  
L'Association Française d'Urologie ne peut être tenue responsable en ce qui concerne les conséquences dommageables éventuelles pouvant résulter de l'exploitation des données extraites des documents sans son accord.

# PERSONNE DE CONFIANCE

Madame, Monsieur,

En application de la loi du 4 mars 2002, dite « loi Kouchner » sur le droit des patients, il nous est demandé d'améliorer leur environnement proche lors de leur prise en charge.

En plus du consentement éclairé qui décrit l'indication et les risques de l'intervention que vous allez prochainement avoir, nous vous prions de trouver ci-joint une fiche de désignation d'une personne de confiance.

Cette désignation a pour objectif, si nécessaire, d'associer un proche aux choix thérapeutiques que pourraient être amenés à faire les médecins qui vous prendront en charge lors de votre séjour. C'est une assurance, pour vous, qu'un proche soit toujours associé au projet de soin qui vous sera proposé.

Elle participera aux prises de décisions de l'équipe médicale si votre état de santé ne vous permet pas de répondre aux choix thérapeutiques.

**Nous vous remercions de bien vouloir remplir consciencieusement ce document et de le remettre à l'équipe soignante dès votre arrivée.**

**JE NE SOUHAITE PAS DÉSIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE**

À .....

le ...../...../.....

Signature

**JE SOUHAITE DÉSIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE**

Cette personne est :

Nom : ..... Prénom : .....

Lien (époux, épouse, enfant, ami, médecin....) : .....

Téléphone fixe : .....Téléphone portable : .....

Adresse : .....

*J'ai été informé(e) que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation. Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit l'établissement en remplissant une nouvelle fiche de désignation.*

Date de confiance :

...../...../.....

Signature

Signature de la personne