



Centro Medico Specialistico Andromeda S.r.l .
Via G.B. Pergolesi, 4 - 20124 Milano
Tel 026690123 - fax 026702868
info@andromedacentromedico.it
Direttore Sanitario: Dr. Vincenzo Capicotto
P.IVA 09130120158 - Capitale Sociale euro 12.600,00 -
R.E.A. n°1271868

ISTRUZIONI PER I PAZIENTI CHE DEVONO SOTTOPORSI A BIOPSIA PROSTATICA

Le biopsie vengono effettuate in regime ambulatoriale , in anestesia locale ; è consigliabile che il paziente venga accompagnato da una persona e che non debba tornare a casa guidando mezzi di trasporto.

Prima dell'esame:

In caso di terapia antiaggregante in atto , a causa dell'alto rischio di sanguinamento durante e dopo l'esame, sospendere almeno **7 gg.** prima l'eventuale terapia antiaggregante (Es. Aspirina , Aspirinetta, Cardioaspirina, Tiklid, Cardirene , Antigreg , Clox , Opteron) e per almeno **5 gg.** dopo la biopsia. Altri farmaci che abitualmente si usano (antipertensivi , gastroprotettori, ipoglicemizzanti) devono essere comunque assunti prima e dopo l'esame .

In caso di duplice terapia antiaggregante/coagulante orale (Es. Coumadin, Sintrom, Plavix , Piridamolo Clopidogrel, Ticlopidina, Platel , Abciximab , Integrilin , Aggrastat Tirofiban) , presenza di stents coronarici o gravi cardiopatie , contattare il cardiologo con il quale si è in cura per valutare la sospensione o la sostituzione del/dei farmaco/i e chiamare l'ambulatorio di urologia al numero 02.6951.7473 oppure 02.6951.6540 per le indicazioni del caso.

Portare elenco farmaci assunti quotidianamente

Eseguire un clistere (es. Clisma Lax) la sera prima dell'esame e la mattina stessa.

Iniziare terapia orale con **Levofloxacina 500 mg, 1 al giorno** , da **2 giorni prima** dell'esame e proseguendo il giorno stesso dell'esame e poi per **altri 5 giorni** dopo la biopsia. Se il paziente è allergico a farmaci chinolonici, si consiglia eseguire la preparazione con **Bactrim Forte 1 cp x 2 volte al giorno** (mattina e sera), da 2 giorni prima dell'esame e proseguendo il giorno stesso dell'esame e poi per altri 5 giorni.

Eseguire un **prelievo** per i seguenti esami ematochimici (validità degli esami non oltre 1 mese):

Esame Emocromocitometrico, Pt e PTT, Esame urine + uricoltura +antibiogramma e recarli al momento dell'esame.

Informare il personale sanitario di eventuali allergie a farmaci e delle terapie in corso.

Allegare la documentazione Urologica ed esami eseguiti (es. precedenti ecografie o biopsie, esami del sangue, lettere di dimissione ospedaliera). Presentarsi all'esame avendo assunto i farmaci abituali (eccetto gli antiaggreganti piastrinici) , avendo bevuto liquidi e avendo fatto colazione o un pranzo leggero ;

non presentarsi a digiuno .

Dopo l'esame:

Rimanere in osservazione in sala d'aspetto per almeno 1 ora per valutare la ripresa di una corretta minzione , eventuale presenza di sangue nelle urine o dal retto

Nelle ore successive all'esame , in caso di impossibilità alla minzione (ritenzione di urina), di rialzo febbrile superiore a 38°C che non si risolve con la terapia medica per bocca o importante sanguinamento , recarsi al Pronto Soccorso più vicino al proprio domicilio.

E' importante ritirare il consenso informato prima dell'esame e , dopo averlo letto attentamente , riportarlo adeguatamente compilato e firmato in sede di esame; in caso di mancata consegna del consenso, mancata preparazione antibiotica , mancata sospensione di antiaggreganti o mancanza di esami o di impegnative mediche o di mancanza di documentazione clinica urologica , l'esame non sarà eseguito

BIOPSIA PROSTATICA – COSA SUCCEDDE DOPO LA SUA ESECUZIONE

Grazie all'impiego di anestetici, la biopsia prostatica è un esame generalmente ben tollerato e poco doloroso ; fitte molto brevi e di intensità limitata vengono tipicamente avvertite durante i prelievi biopistici. Un **senso di fastidio** e di peso a livello perineale può essere presente per qualche giorno dopo l'esecuzione dell'esame . La biopsia prostatica può far **perdere sangue con le urine e con l'evacuazione di feci**; in genere si tratta di emorragie lievi e transitorie (basta una minima quantità di sangue per colorare pesantemente le urine).

E' possibile che queste tracce di sangue si possano presentare nell'**ejaculato**; il liquido spermatico di colore bruno-rosato può presentarsi anche per 1 mese dalla biopsia.

Raramente l'**emorragia** urinaria diviene duratura e cospicua, sino al punto da formare grossi e consistenti coaguli che **occludono l'uretra impedendo lo svuotamento della vescica**, con conseguente incapacità di urinare. Questa eventualità, che richiede un intervento di **cateterizzazione** e svuotamento vescicale presso il più vicino **pronto soccorso**.

Questi effetti collaterali possono essere prevenuti **bevendo molta acqua** (almeno 2 litri al giorno per almeno 3-4 giorni dopo la biopsia).

Per almeno **7 giorni dopo** l'esecuzione di una biopsia prostatica occorre evitare lunghi viaggi in macchina o in treno , l'uso della bicicletta e di qualsiasi sport da "sella", evitare i rapporti per almeno 10 giorni. Evitare l'assunzione di cibi piccanti, pepati, speziati , il cioccolato e la birra ed i superalcolici.

E' possibile che compaia **febbre** , anche elevata, per qualche giorno dopo la biopsia.

Occorre **proseguire la terapia antibiotica** fatta come preparazione alla biopsia ,per almeno 4 giorni dopo la sua esecuzione. Se la febbre non si risolve in un paio di giorni si consiglia il passaggio ad antibiotici in **muscolo** , che spesso risolvono il problema.

Se permane l'aumento di temperatura, contattare il medico che ha eseguito la biopsia o il proprio medico di base. Se si assumevano anti aggreganti , occorre **aspettare almeno 4 giorni** dall'esecuzione della biopsia, per riassumerli . Se venivano assunte prima della biopsia, proseguire la terapia con eparine a basso peso molecolare sottocute per almeno 4 giorni dopo.

Data di consegna del consenso informato al Paziente

Nome del Paziente data di nascita del paziente

firma del Paziente..... firma del Medico

COS'È LA BIOPSIA PROSTATICA

L'ago biopsia prostatica **trans rettale** eco guidata è l'indagine di scelta per la diagnosi del tumore della prostata ; si tratta dell'esecuzione di prelievi eseguiti per via trans-rettale attraverso la sonda usata nella normale ecografia prostatica transrettale. La biopsia si esegue ambulatorialmente in anestesia locoregionale, dura in genere 10 minuti ed è un esame fastidioso ma non doloroso. La via **trans-perineale** (al disotto dei testicoli, sopra l'ano) è una altra tecnica di esecuzione : rispetto alla biopsia trans rettale non consente un numero elevato di prelievi a causa delle potenziali complicanze emorragiche.

QUANDO E' INDICATA LA BIOPSIA PROSTATICA

Secondo le attuali Linee Guida delle principali Società Nazionali ed Internazionali di Urologia (Siu , Auro ed EUA) , la biopsia prostatica si esegue se sono presenti : elevati valori ematici di PSA (antigene prostatico specifico) , quadri sospetti emersi durante l'ecografia prostatica trans rettale o per percezione di formazioni anomale durante l'esplorazione rettale. Viene anche ripetuta in caso pregressi esiti istologici dubbi (ASAP , HGPIn multipli) o per controllo in protocolli di sorveglianza attiva.

IL TRATTAMENTO /INTERVENTO/PROCEDURA PROPOSTA E MODALITA' DI EFFETTUAZIONE

La biopsia (o mapping prostatico) consiste nel prelevare, frustoli di tessuto prostatico per effettuare una valutazione istologica. Prima di eseguire la biopsia occorre eseguire esami specifici ed una adeguata terapia pre intervento (vedi paragrafo : “ istruzioni per i pazienti che devono sottoporsi a biopsia prostatica”). In casi particolari (gravi cardiopatie, pazienti scoagulati , pazienti con malformazioni o stenosi del canale anale , pazienti psichiatrici) esiste la possibilità di eseguire l'esame in regime di ricovero , in anestesia generale , previa valutazione anestesiológica.

LE PROBABILITA' DI SUCCESSO E I POTENZIALI BENEFICI

Le probabilità di successo dell'intervento sono alte anche se la biopsia potrebbe dare un esito **non definitivo** che renderà necessaria la sua ripetizione , a causa di un esame istologico non diagnostico per presenza di multipli **HGPIN** (High Grade Prostatic Intraepithelial Neoplasia) o **ASAP** (Atypical Small Acinar Proliferation) . Sono situazioni fortemente predittive della successiva identificazione o della concomitanza di un carcinoma prostatico , ma non sono un tumore. I potenziali benefici della biopsia sono rappresentati dalla corretta diagnosi e dalla possibilità di impostare una terapia adeguata.

LE CONDIZIONI MORBOSE CONCOMITANTI CHE COSTITUISCONO FATTORI DI RISCHIO

Piastrinopenie gravi (al disotto delle 80.000 piastrine) , malattie della coagulazione e la terapia anti aggregante o anti coagulante rappresentano un fattore di rischio per i sanguinamenti intra e post operatori, anche se i farmaci anti aggreganti o anti coagulanti vengono sospesi per 5-7 giorni prima dell'intervento. Sanguinamenti saranno presenti anche in pazienti che assumono farmaci anti aggreganti / coagulanti a causa di patologie cardio-circolatorie che ne controindichino la sospensione durante l'intervento ed il post operatorio. Il sanguinamento persistente può richiedere un ulteriore intervento emostatico entro 24-48 ore dal primo intervento ed emotrasfusioni . Pazienti immunodepressi (infezioni da hiv , terapia cortisonica, terapia con farmaci immunosoppressivi o con gravi deficit di anticorpi) o diabetici possono sviluppare più facilmente infezioni sistemiche , dell'apparato urinario ed in sede di intervento. Problemi respiratori , cardiocircolatori , malattie neurologiche o alterazioni anatomiche (malformazioni , traumi alla colonna) possono rendere rischiose o particolarmente complesse le procedure anestesiológica e chirurgiche. Alterazioni anatomiche o malattie che non consentono un adeguato posizionamento del paziente sul letto operatorio (protesi d'anca o di ginocchio , gravi artrosi , esiti di traumi al bacino) possono impedire o rendere l'intervento molto complesso.

I POTENZIALI RISCHI E LE POSSIBILI COMPLICANZE INTRA E POST TRATTAMENTO / INTERVENTO / PROCEDURA IMMEDIATE E A DISTANZA E LE MODALITA' DI RISOLUZIONE

Le principali complicanze intra operatorie : complicanze generali legate a qualsiasi intervento chirurgico che sono dovute alle manovre ed ai farmaci somministrati per anestesia (reazioni allergiche) , dolore ai prelievi con crisi vagali (abbassamento della pressione arteriosa fino allo svenimento, diminuzione della frequenza cardiaca, riduzione del calibro bronchiale, aumento della sudorazione, della salivazione, della lacrimazione e della secrezione gastrica, aumento della peristalsi intestinale, nausea e talora conati di vomito) , dolore all'introduzione della sonda , tale da rendere impossibile l'esame. E' presente un sanguinamento (20-30 % dei casi) che a volte può essere persistente e grave , tale da dover ricorrere ad emotrasfusioni o a intervento emostatico . E' più frequente in pazienti con deficit della coagulazione (come specificato nel paragrafo : “ Le condizioni morbose concomitanti che costituiscono fattori di rischio”). Danni secondari a perforazioni della parete vescicale o all'uretra possono essere possibili durante la biopsia della zona di transizione , con perdita di sangue dall'uretra , ematuria e ritenzione acuta di urina , che possono necessitare il posizionamento di un catetere vescicale . Al momento delle dimissioni è valutata la capacità del paziente di urinare autonomamente con un buon flusso, l'assenza di grave e persistente sanguinamento con l'urina, l'assenza di febbre o di dolore.

Le principali complicanze post operatorie e modalità di risoluzione : il sanguinamento può durare 7 -10 g dopo l'esame :

un sanguinamento persistente e grave , tale da dover ricorrere ad emotrasfusioni o a re-intervento emostatico è più frequente in pazienti con deficit della coagulazione (come specificato nel paragrafo : “ Le condizioni morbose concomitanti che costituiscono fattori di rischio”). Pz immunodepressi o diabetici possono sviluppare infezioni sistemiche , all’apparato urinario o in sede di intervento. (come specificato nel paragrafo : “ Le condizioni morbose concomitanti che costituiscono fattori di rischio”) . Le infezioni urinarie possono accadere malgrado l’utilizzo di antibiotici pre e post operatori come profilassi , con : iperpiressia, orchiepididimiti (infezione ai testicoli) , infiammazioni alla prostata con ascessi prostatici , alla vescica con cistiti (con una eccessiva frequenza minzionale e urgenza minzionale con stimoli imperiosi e dolore alla minzione) e alle vie urinarie con comparsa di febbre e pielonefrite con possibile sepsi . La risoluzione di questi problemi sarà affrontata con esami specifici (emocoltura, urino coltura, emocromo) e adeguata terapia antibiotica e , in caso di necessità , il paziente sarà ricoverato per le cure del caso (cateterismo con lavaggio ed emotrasfusioni in caso di ematuria, antibiotici per via parenterale , posizionamento di catetere sovrapubico) .

Possibile presenza di dolore in sede di intervento per alcuni giorni (assunzione di farmaci antidolorifici) ; si può verificare emospermia (presenza di sangue nello sperma) anche per un mese specialmente in pazienti che assumono farmaci antiaggreganti o anticoagulanti . Non frequenti ma possibili sono la formazione di ematomi della parete del retto, del perineo e dei genitali. Circa nel 10% dei casi si verifica fatica e disturbi nell’urinare sino ad episodi di ritenzione acuta tali da dover rendersi indispensabile il posizionare di un catetere vescicale / catetere sovrapubico : la ritenzione può accadere il giorno stesso dell’esame o anche a distanza di alcuni giorni . Sanguinamento dal retto a causa di emorroidi interne non preventivamente evidenziabili sono frequenti; di solito durano qualche giorno anche se in rari casi possono necessitare ricoveri per terapia emostatica specifica (intervento) . Gravi lesioni intestinali o vascolari sono estremamente rare. Esistono poi complicanze legate a qualsiasi intervento chirurgico (che possono accadere malgrado l’esecuzione di accertamenti pre operatori) quali : infarti, ictus snc , embolie, tromboflebiti , edema polmonare , sepsi (queste complicanze sono possibili in tutte le procedure chirurgiche , ma molto rare).

Le principali complicanze a distanza e modalità di risoluzione : sono gli esiti delle complicanze che eventualmente si sono verificate dopo l’intervento . In caso di prostatite si può avere una cronicizzazione dell’infezione con sintomi disurici ed alterazione del psa o infezioni batteriche recidivanti (sarà impostata una adeguata terapia antibiotica ed antinfiammatoria). Presenza di ipo/atrofia testicolare post infiammatoria , presenza di idrocele post infiammatorio (raccolta liquida infiammatoria nello scroto) che , se sintomatico , necessita di una correzione chirurgica . Ematomi rettali /periprostatici si riassorbono nel tempo con adeguata terapia medica e raramente necessitano di terapia chirurgica. Il posizionamento di catetere vescicale può creare delle stenosi uretrali che necessiteranno di adeguata terapia chirurgica o endoscopica. Infezioni da epatite c in caso di trasfusioni (grazie al sistema di screening attuale, il rischio di contrarre una epatite B o C per una trasfusione di sangue è ridotto a meno dell’1%) .

I POSSIBILI ESITI IN CASO DI RIFIUTO DELLA PROCEDURA PROPOSTA

In caso di mancata esecuzione della biopsia prostatica non sarà possibile effettuare una corretta diagnosi ed impostare una adeguata terapia medica o chirurgica di una eventuale neoplasia prostatica.

LE POSSIBILI ALTERNATIVE DI TRATTAMENTO / INTERVENTO / PROCEDURA E RELATIVI BENEFICI /RISCHI /COMPLICANZE

Al momento non esistono esami alternativi alla biopsia prostatica . Esami ematochimici come 2 pro PSA /PHI o Pca3 o Rnm con bobina endorettale , possono dare il sospetto di presenza di neoplasia prostatica ma non la definitiva diagnosi

LA POSSIBILITA’ DI SCELTA TRA LE ALTERNATIVE PROPOSTE

Presso la nostra struttura è possibile sottoporsi a biopsia prostatica trans rettale eco guidata o a biopsia trans perineale

LE CONSEGUENZE SULLA VITA FAMILIARE , SOCIALE E LAVORATIVA

Se non vi sono complicanze , è possibile riprendere la vita abituale in modo graduale e progressivo; nelle prime settimane seguenti alla biopsia si può riscontrare la necessità di urinare frequentemente, la presenza di urgenza minzionale e bruciore nell’ urinare. Le urine possono rimanere rosate anche per 1 -2 settimane. Questa situazione è transitoria e destinata a migliorare nel tempo, fino a risolversi. Astenersi da rapporti sessuali per almeno 10 giorni per evitare l’infezione della ghiandola ; consigliamo , per almeno 15 giorni dall’intervento , di non usare bicicletta o moto , evitare sport da sella e lunghi viaggi in machina, treno ed aereo. L’attività lavorativa potrà essere ripreso entro 2 -3 giorni dall’intervento . La biopsia potrebbe dare un esito non definitivo che renda necessaria **la sua ripetizione**, a giudizio del medico curante. Se viene eseguita una trasfusione si consiglia di dosare i markers dell’epatite (a distanza di 3 mesi dalla trasfusione) ed evitare rapporti non protetti prima del risultato degli esami (la trasmissione dell’epatite per via sessuale è rara ma possibile) .

LA POSSIBILITA’ DI REVOCARE IL CONSENSO IN QUALUNQUE MOMENTO

Il pz ha la possibilità di revocare il consenso all’intervento quando lo ritenga opportuno , comunicandolo al medico.

LA POSSIBILITA' CHE DURANTE IL TRATTAMENTO VENGANO EVIDENZIATE ALTRE PATOLOGIE

A volte si possono evidenziare ecograficamente neoformazioni vescicali che non si potevano identificare preventivamente se non tramite ecografia o visione diretta endoscopica : si procederà quindi alla loro stadiazione ed asportazione non in sede di esame, ma con adeguato approfondimento diagnostico e ricovero , previa compilazione di nuovo consenso informato.

LA POSSIBILITA' CHE DURANTE IL TRATTAMENTO/INTERVENTO/PROCEDURA , DI FRONTE A SITUAZIONI INASPETTATE O URGENTI, SI DEBBA CAMBIARE LA TECNICA INIZIALMENTE PRESCELTA

In caso di stenosi grave del canale anale che non permetta il posizionamento della sonda o di eccessivo dolore alla manovra , si procederà ad eseguire l'esame in anestesia generale, in un successivo ricovero , previa esecuzione di esami specifici per anestesia e valutazione anestesiológica e proctologica. Si valuterà l' esecuzione dell'esame anche per via transperineale, con un minor numero di prelievi. In caso di complicanze cardiocircolatorie inaspettate ed imprevedibili o di reazioni allergiche all'anestetico , che accadano durante la procedura, l'intervento sarà sospeso ed eventualmente rimandato sino alla risoluzione del problema. In caso di problematiche imprevedute legate allo strumentario gli operatori sono autorizzati a modificare la tipologia di intervento concordata con altra altrettanto valida alternativa terapeutica preventivamente indicata da consenso informato.

I RISCHI SPECIFICI DEL TRATTAMENTO/INTERVENTO/PROCEDURA DERIVATI DA PATOLOGIE CONCOMITANTI DI CUI IL PAZIENTE E' AFFETTO

Sanguinamento persistente e grave , tale da dover ricorrere ad emotrasfusioni o a re-intervento emostatico è più frequente in pazienti con deficit della coagulazione (come specificato nel paragrafo : “ Le condizioni morbose concomitanti che costituiscono fattori di rischio”).Pazienti immunodepressi (infezioni da hiv , terapia cortisonica, terapia con farmaci immunosoppressivi o con gravi deficit di anticorpi) o diabetici possono sviluppare infezioni in sede di intervento (come specificato nel paragrafo : “ Le condizioni morbose concomitanti che costituiscono fattori di rischio”). Dovendo somministrare farmaci (anestetici) possono verificarsi inaspettate ed imprevedibili reazioni paradosse o allergiche che necessitano di adeguate terapie d'urgenza . Alterazioni anatomiche o malattie che non consentono un adeguato posizionamento del paziente sul letto operatorio possono rendere estremamente difficoltoso l'intervento. Pazienti con alterazioni del circolo periferico (vene varicose) sono maggiormente a rischio di sviluppare trombosi venose , embolie polmonari ed ictus . Problemi respiratori , cardiocircolatori , malattie neurologiche o alterazioni anatomiche (malformazioni , traumi alla colonna o al bacino) possono rendere rischiose o particolarmente complesse le procedure anestesiológicas e chirurgiche. Insufficienza d'organo (rene , fegato o apparato respiratorio) rendono l'anestesia e il decorso intra e post operatorio più a rischio di complicanze.

PAZIENTI CHE ASSUMONO TERAPIA ANTICOAGULANTE O ANTIAGGREGANTE

Un elevato numero di pazienti assumono terapia antiaggregante piastrinica. I farmaci più usati sono: Aspirina (nomi analoghi: Ascriptin, Cardirene, Aspirinetta, Cardioaspirin), la ticlopidina (Tiklid), il clopidogrel (Plavix). Questi farmaci bloccano la funzione delle piastrine, che sono particelle del sangue essenziali per poter arrestare le emorragie e che sono implicate anche nei processi di chiusura delle arterie (con rischi di comparsa di infarto, morte cardiaca, ischemia cerebrale, ictus). Questi farmaci riducono il rischio di eventi trombotici arteriosi (effetto benefico), ma rendono **più facili** le emorragie intra e post operatorie . La modalità di gestione della terapia antiaggregante piastrinica consigliata cercherà di contenere i rischi cardiovascolari e nel contempo limitare le complicanze emorragiche anche gravi della procedura invasiva/intervento chirurgico. La gestione della terapia antiaggregante nel postoperatorio terrà conto del rischio trombotico di base, del rischio emorragico del paziente, dei tempi di ripresa della terapia orale. Quando necessario il paziente sarà sottoposto a visita e parere cardiologico per valutare rischi e benefici della sospensione /sostituzione o prosecuzione del farmaco anti aggregante per l'esecuzione dell'intervento.

Farmaco / farmaci antiaggreganti assunti :

prosecuzione del farmaco / farmaci

sospensione del farmaco da giorni prima dell'intervento

sua sostituzione conda giorni prima dell'intervento

PAZIENTI CHE DEVONO SOTTOPORSI A PROFILASSI PER ENDOCARDITE BATTERICA

L'Endocardite batterica è una infezione batterica associata ad una reazione infiammatoria (in risposta al danno cellulare provocato dall'infezione) a carico delle valvole cardiache o dell'endocardio, ossia il foglietto epiteliale di rivestimento delle camere cardiache; è una infezione che può creare gravi conseguenze (scompenso cardiaco, ictus, insufficienza renale e può essere letale). Questa infezione si sviluppa più facilmente nelle affezioni cardiache congenite o acquisite quali: presenza di protesi valvolari cardiache, comprese valvole biologiche, autograft ed homograft, storia di pregressa endocardite batterica, cardiopatie congenite cianogene complesse (con ventricolo unico, trasposizioni dei grossi vasi, tetralogia di Fallot), la maggior parte di cardiopatie congenite, presenza di shunt sistemico-polmonari creati chirurgicamente, disfunzioni valvolari acquisite (es. stenosi valvolare post-reumatica), cardiomiopatia ipertrofica ostruttiva, prolasso valvolare mitralico con rigurgito valvolare o inspessimento dei lembi valvolari. Molte procedure diagnostiche e chirurgiche possono causare batteriemia (batteri in circolo) che possono creare una endocardite. Si rende indispensabile una profilassi antibiotica almeno 30 minuti prima dell'inizio della procedura chirurgica (somministrazioni di antibiotici quali: Ampicillina e Gentamicina); in caso di allergia a penicillina verrà somministrata Vancomicina.

Per maggior chiarezza del consenso informato l'intervento mi è stato spiegato anche attraverso immagini o filmati.

E' importante ritirare il consenso informato prima dell'esame e, dopo averlo letto attentamente, riportarlo adeguatamente compilato e firmato in sede di esame; in caso di:

- mancata consegna del consenso,
- mancata preparazione antibiotica,
- mancata sospensione di antiaggreganti
- mancanza di esami
- mancanza di impegnative mediche
- mancanza di documentazione clinica urologica,

l'esame non sarà eseguito