

da rilasciare all'Utente

Nome e cognome del Paziente:.....

- a) **diagnosi o sospetto diagnostico** (al momento della proposta della prestazione):
deficit dell'erezione, anomalie anatomiche del pene condizionanti deformità;
- b) **possibili varianti nell'esecuzione:**
NESSUNA
- c) **benefici attesi e scopo della prestazione proposta:**
identificazione di un problema organico (vascolare) causa del deficit dell'erezione o della presenza di placche fibrocalcifiche causa della deformità dell'organo;
- d) **rischi prevedibili legati alla non esecuzione della prestazione proposta:**
nessun rischio importante;
- e) **rischi prevedibili legati all'esecuzione** (al momento della proposta) **e possibili complicanze:**
dolenzia dopo l'iniezione, piccolo ematoma nella sede dell'iniezione, formazione di placche o noduli fibrotici, priapismo [erezione prolungata (> 4 ore) e dolorosa per la quale bisogna recarsi in Pronto Soccorso];
- f) **possibili problemi di recupero** (es. conseguenze menomanti temporanee e permanenti, necessità di ausili, presidi, ...):
nessuno;
- g) **possibilità di alternative** (esplicitare se l'unica alternativa è la non esecuzione della prestazione in oggetto):
nessuna.
- h) **Eventuali precisazioni dovute alle particolari condizioni cliniche:**
controindicato in caso di ipersensibilità all'alprostadil o nei pazienti affetti da condizioni predisponenti il priapismo (anemia falciforme, mieloma multiplo, leucemia);
non avere alcuna attività sessuale (rapporto sessuale penetrativo, orale) o masturbarsi nelle 24 ore successive l'esame.

Io sottoscritto/a documento di riconoscimento | | | | | | | | | |

data .../.../..... ora durante il colloquio con il

Dott./Prof. sono stato/a informato/a in merito alla proposta di essere sottoposto/a a:

ECOCOLOR DOPPLER PENIENO DINAMICO

Mi sono state fornite Le spiegazioni su elencate ai punti a) b) c) d) e) f) g) h) e avendo compreso quanto spiegato, decido liberamente e consapevolmente di:

Acconsentire ad essere sottoposto/a alla prestazione sopra descritta, tenuto conto anche delle conseguenze menomanti prevedibili, temporanee o permanenti, derivanti dall'esecuzione della prestazione proposta, così come descritte nell'Informativa.

Dichiaro di aver ricevuto e letto copia dell'Informativa scritta specifica.

Sono consapevole che è mio diritto richiedere ulteriori spiegazioni in ogni momento.

Sono anche consapevole che posso revocare le mie decisioni qui espresse sino al momento dell'esecuzione della prestazione.

Firma del/della Paziente (o chi ne fa le veci)

Nome e Cognome di chi ne fa le veci

Firma del Testimone
(Persona presente al colloquio)**Timbro e Firma del Medico**Consenso ottenuto con l'ausilio di un interprete SI NO**Firma dell'Interprete**

da Archiviare in Sede

Nome e cognome del Paziente:.....

- a) **diagnosi o sospetto diagnostico** (al momento della proposta della prestazione):
deficit dell'erezione, anomalie anatomiche del pene condizionanti deformità;
- b) **possibili varianti nell'esecuzione:**
NESSUNA
- c) **benefici attesi e scopo della prestazione proposta:**
identificazione di un problema organico (vascolare) causa del deficit dell'erezione o della presenza di placche fibrocalcifiche causa della deformità dell'organo;
- d) **rischi prevedibili legati alla non esecuzione della prestazione proposta:**
nessun rischio importante;
- e) **rischi prevedibili legati all'esecuzione** (al momento della proposta) **e possibili complicanze:**
dolenzia dopo l'iniezione, piccolo ematoma nella sede dell'iniezione, formazione di placche o noduli fibrotici, priapismo [erezione prolungata (> 4 ore) e dolorosa per la quale bisogna recarsi in Pronto Soccorso];
- f) **possibili problemi di recupero** (es. conseguenze menomanti temporanee e permanenti, necessità di ausili, presidi, ...):
nessuno;
- g) **possibilità di alternative** (esplicitare se l'unica alternativa è la non esecuzione della prestazione in oggetto):
nessuna.
- h) **Eventuali precisazioni dovute alle particolari condizioni cliniche:**
controindicato in caso di ipersensibilità all'alprostadil o nei pazienti affetti da condizioni predisponenti il priapismo (anemia falciforme, mieloma multiplo, leucemia);
non avere alcuna attività sessuale (rapporto sessuale penetrativo, orale) o masturbarsi nelle 24 ore successive l'esame.

Io sottoscritto/a documento di riconoscimento | |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

data .../.../..... ora durante il colloquio con il

Dott./Prof. sono stato/a informato/a in merito alla
proposta di essere sottoposto/a a:**ECOCOLOR DOPPLER PENIENO DINAMICO**

Mi sono state fornite Le spiegazioni su elencate ai punti a) b) c) d) e) f) g) h) e avendo compreso quanto spiegato, decido liberamente e consapevolmente di:

Acconsentire ad essere sottoposto/a alla prestazione sopra descritta, tenuto conto anche delle conseguenze menomanti prevedibili, temporanee o permanenti, derivanti dall'esecuzione della prestazione proposta, così come descritte nell'Informativa.

Dichiaro di aver ricevuto e letto copia dell'Informativa scritta specifica.

Sono consapevole che è mio diritto richiedere ulteriori spiegazioni in ogni momento.

Sono anche consapevole che posso revocare le mie decisioni qui espresse sino al momento dell'esecuzione della prestazione.

Firma del/della Paziente (o chi ne fa le veci)

Nome e Cognome di chi ne fa le veci

Firma del Testimone

(Persona presente al colloquio)

Timbro e Firma del MedicoConsenso ottenuto con l'ausilio di un interprete SI NO**Firma dell'Interprete**