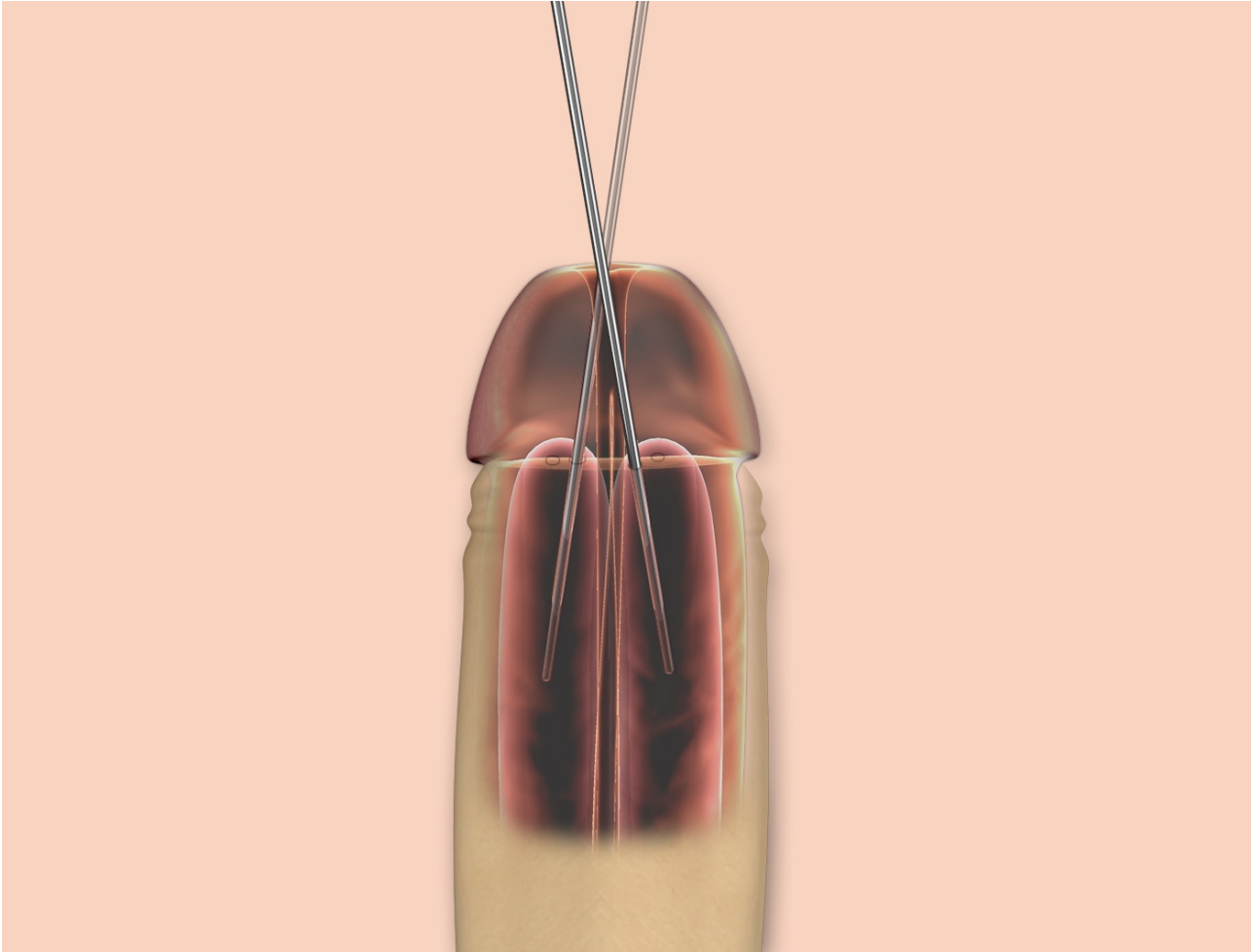


CONSENSO INFORMATO PER IL TRATTAMENTO CHIRURGICO DEL PRIAPISMO



DEFINIZIONE

Il priapismo è un'erezione prolungata che permane oltre le quattro ore, dolorosa ed indipendente da stimolazioni erotiche.

Le cause possono essere iatrogene: iniezione intracavernosa di sostanze vasoattive del tipo prostaglandina a scopo diagnostico o farmacoprotesico o farmaci per uso orale (i-PDE5), nonché sostanze d'abuso.

A queste si aggiungono una possibile serie di cause organiche, ematologiche neurologiche centrali e periferiche.

Esistono forme ad alto flusso (iperafflusso) e basso flusso (stasi)

Nelle forme da iperafflusso posta la diagnosi e' indicata l'embolizzazione del tramite. La causa più frequente e' la fistola arterocavernosa post traumatica.

Le forme da stasi, le più frequenti peraltro vanno trattate con somministrazione intracavernosa di vasocostruttori, efedrina o metaraminolo.

In caso di insuccesso si passa allo shunt glandulo cavernoso seguito in caso di insuccesso dal confezionamento di uno shunt caverno-spongioso o safeno cavernoso in rari casi.

LA COMPLICANZA PIU TEMIBILE DI TALE EVENIENZA E' LA DISFUNZIONE ERETTILE COMPLETA O IMPOTENZA PROPRIAMENTE DETTA.

LESIONI DELL'URETRA, EMATOMI PENIENI SEPSI UROGENITALE, LESIONI NECROTICHE DELLA CUTE DELL'ASTA.

NEL PRIAPISMO A BASSO FLUSSO NON RISOLTO CON LE TECNICHE DESCRITTE E' POSSIBILE RICORRERE IMMEDIATAMENTE ALL'IMPIANTO DI UNA PROTESI SEMIRIGIDA O SOFFICE CHE RAPPRESENTANO UN PRIMO STEP PER POI ESEGUIRE L'IMPIANTO DI PROTESI IDRAULICA TRICOMPONENTE

ESPRESSIONE DELL'AVVENUTA INFORMAZIONE

Data/...../.....

Firma e timbro del Medico _____

Firma del paziente (se maggiorenne e capace di intendere e volere)

Firma dei genitori o di chi esercita la tutela, verificata la loro identità (in caso di paziente minorenne)

Firma del tutore o curatore o amministratore di sostegno (verificata la sua identità ed acquisita copia del provvedimento di tutela, curatela o amministrazione di sostegno)

Eventuale firma del paziente (in caso di curatela o amministrazione)

CONSENSO ALL'INTERVENTO DA PARTE DEL PZ

Io sottoscritto _____

nato a _____, il _____,

dichiaro di essere stato informato in modo chiaro ed a me comprensibile dal

Prof/Dott. _____

che per la patologia riscontratami è indicato l'intervento chirurgico di :

Ciò premesso, dichiaro di essere stato invitato a leggere con molta attenzione il modulo di informazione sopra riportato che corrisponde, peraltro, a quanto ampiamente ed esaurientemente spiegatomi oralmente.

Dichiaro altresì, di avere ben compreso il significato di quanto mi è stato esposto e di non avere ulteriori chiarimenti da avanzare oltre a quelli che mi sono stati già forniti. Consapevolmente acconsento al trattamento chirurgico propostomi e mi impegno a rispettare tutte le indicazioni ed i controlli consigliati nella lettera di dimissione.

Firma del Medico: _____

Firma del Paziente: _____