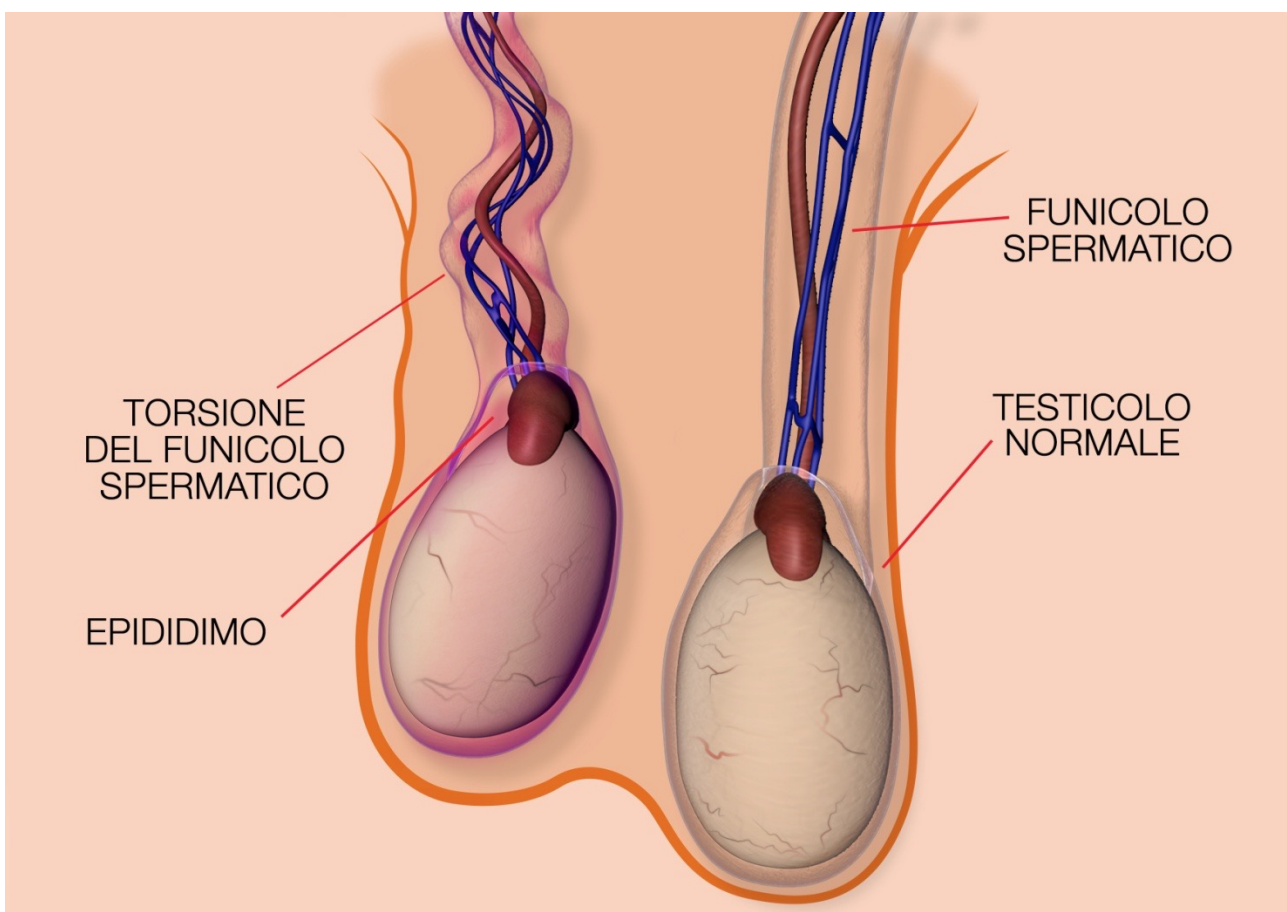
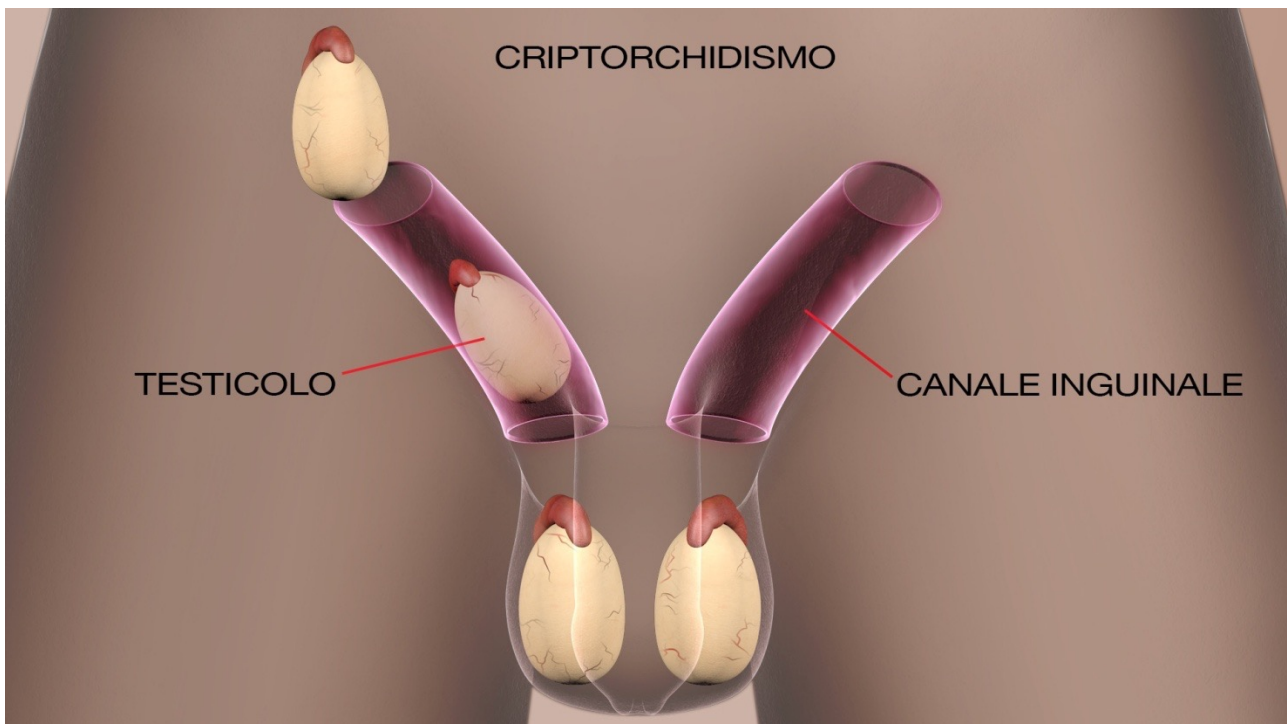


CONSENSO INFORMATO PER INTERVENTO DI ORCHIDOPESSI



L'intervento di orchidopessi quando indicato, viene eseguito nei casi in cui il testicolo sia dislocato dalla nascita in sede diversa da quella scrotale (criptorchidismo). L'intervento andrebbe eseguito precocemente entro il terzo anno di età. La procedura può essere eseguita anche in caso di testicoli presenti in sede scrotale ma con ipermobilità tale, da determinare in alcune circostanze una facile risalita dei didimi nel sottocute della regione inguinale o nel canale inguinale stesso, ed esporre al rischio elevato di torsione del funicolo. Tale diagnosi può essere posta anche in età tardo-adolescenziale/adulta e trovare indicazione all'orchipessia semplice al setto scrotale.

Il testicolo criptorchide può essere localizzato alla radice dello scroto, in sede inguinale o addominale.

TECNICA

L'intervento prevede un'incisione inguinale e talvolta una seconda incisione di ampiezza più limitata in sede scrotale, l'individuazione del testicolo, la sua liberazione dalle aderenze con le strutture adiacenti (fibre del muscolo cremastere), con l'obiettivo di mobilizzare il testicolo stesso e attrarlo nella sua sede naturale (cioè la borsa scrotale). I problemi tecnici che più spesso possono verificarsi nel corso dell'intervento sono i seguenti:

- necessità di sezionare il canale deferente per favorire il riposizionamento del testicolo nello scroto (impedendo il passaggio degli spermatozoi);
- necessità di riposizionare il testicolo alla radice dello scroto o a livello inguinale quando l'accentuata brevità del funicolo vascolare renda impossibile l'esecuzione di una corretta orchidopessi (ciò potrebbe rendere necessario un ulteriore tentativo di orchidopessi a congrua distanza di tempo);
- necessità di asportare il testicolo.

Nei casi in cui soprattutto in età adolescenziale il paziente presenti una ipermobilità dei didimi con localizzazione nello scroto, l'intervento prevederà una semplice apertura della tonaca vaginale con fissazione dei didimi al setto scrotale.

Complicanze e/o rischi correlati all'intervento:

- infezione della ferita chirurgica
- sanguinamenti e/o formazione di ematomi

- ipotrofia (riduzione del volume) o completa atrofia del testicolo operato;
- alterazione della qualità del liquido seminale.
- riduzione dei livelli ematici di testosterone

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)

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 soprariportato che corrisponde, peraltro, a quanto ampiamente e 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: _____