



Società Italiana  
di Andrologia

Ad uso esclusivo dei centri Andrologici di qualità certificati SIA-CERSOI

**Modulo per consenso informato all'iniezione intracavernosa di sostanze vasoattive a scopo diagnostico.**

Io sottoscritto Sig.....  
nato a.....il.....dichiaro di essere stato informato dal  
Dott.....che in conseguenza della iniezione intracavernosa  
possono verificarsi, anche se raramente, i seguenti eventi avversi:

- 1) transitorio gonfiore della cute del pene con soffiatura ecchimotica (generalmente a risoluzione spontanea in circa 48 ore)
- 2) erezione prolungata e/o dolorosa (in tal caso avvisare tempestivamente il medico secondo le modalità concordate)
- 3) insorgenza di placche fibrose e curvature del pene a distanza di alcuni mesi

Ho avuto altresì modo di chiedere chiarimenti sulla natura, le conseguenze e la percentuale di insorgenza ed affermo che tutto ciò mi è stato ben spiegato.

Pertanto, acconsento che mi venga praticata l'iniezione intracavernosa di sostanze vasoattive per approfondimento a scopo diagnostico da me richiesto in quanto affetto da disturbo persistente della funzione erettiva.

Firma del paziente

Firma del medico

Data.....

**SEGRETERIA**

Via Luigi Bellotti Bon, 10

00197 Roma

Tel. e Fax 06 80691301

E-mail: [sia@andrologiaitaliana.it](mailto:sia@andrologiaitaliana.it)

[www.andrologiaitaliana.it](http://www.andrologiaitaliana.it)