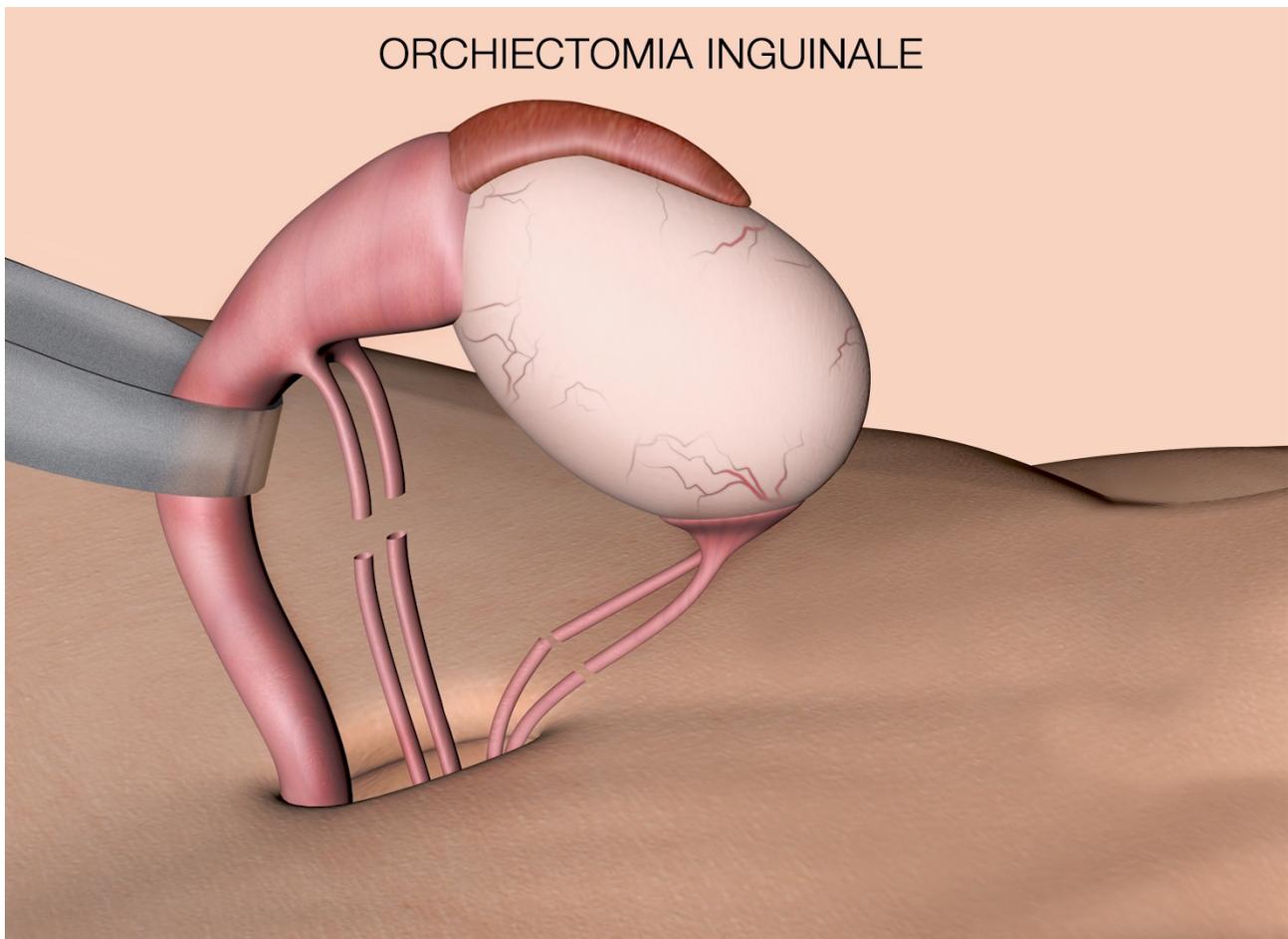


CONSENSO INFORMATO PER INTERVENTO DI ORCHIFUNICOLECTOMIA PER PATOLOGIA NEOPLASTICA



L'intervento chirurgico in oggetto si rende necessario in caso di neoplasia accertata del testicolo e prevede sempre l'asportazione del didimo.

Premesse e tecnica

L'intervento si esegue solitamente in anestesia generale oppure loco-regionale (peridurale o spinale) e consiste nell'asportazione del testicolo e del funicolo spermatico, la struttura che contiene l'epididimo e le arterie, vene, nervi e vasi linfatici del testicolo. La tecnica prevede una incisione inguinale di circa 4-6 cm. Ciò consente di chiudere per prima cosa i vasi che arrivano al testicolo e poi di asportare il testicolo con tutte le sue tuniche. E' possibile eseguire un esame istologico estemporaneo per verificare la natura della lesione. La durata dell'intervento è in genere breve, intorno ai 20-40 minuti, in relazione anche all'esame estemporaneo istologico.

• **Complicanze e/o rischi correlati all'intervento:**

- infezione della ferita chirurgica e quindi dello scroto;
- sanguinamenti e/o formazione di ematomi nello scroto; con talora necessità di reintervento per drenaggio dell'ematoma ed assicurazione dell'emostasi;
- alterazione qualità liquido seminale fino alla sterilità.

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 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 forniti. Consapevolmente Acconsento al trattamento chirurgico propositomi e mi impegno a rispettare tutte le indicazioni ed i controlli consigliati nella lettera di dimissione

Firma del Medico: _____

Firma del Paziente: _____