



Società Italiana  
di Andrologia

Ad uso dei centri andrologici di qualità certificati SIA-CERSOI

**Modulo per consenso informato alla autoiniezione intracavernosa di farmaci vasosattivi a scopo terapeutico e/o farmacoprotesico.**

Il sottoscritto Sig.....  
nato a .....il.....dopo essere stato debitamente  
addestrato ed informato circa l'utilizzo di farmaci vasoattivi per iniezione intracavernosa dal  
Dott.....dichiara:

- 1) di aver compreso ed appreso la tecnica per l'iniezione intracavernosa e di sentirmi in grado di praticare l'autosomministrazione del farmaco
- 2) di conoscere la necessità di non superare per nessun motivo, senza consultare il medico, le dosi consigliate del farmaco e la frequenza massima delle iniezioni.....
- 3) di conoscere l'assoluta necessità di ricorrere ad uno Specialista Andrologo od Urologo, ovvero a recarsi al pronto soccorso, nel caso l'erezione si prolunghi oltre tre ore (dopo aver cercato di contattare il medico prescrittore secondo le modalità stabilite).
- 4) di essere a conoscenza della possibile insorgenza di placche fibrose, con possibili deformazioni del pene a seguito della puntura ripetuta dei corpi cavernosi.
- 5) Di avere avuto l'opportunità di chiedere ulteriori chiarimenti e delucidazioni e di aver ricevuto chiare spiegazioni.

Per quanto sopra descritto accetto di sottopormi alla autoiniezione intracavernosa di farmaci vasoattivi .

Firma del paziente

Firma del medico

Data.....