INFORMAZIONI

1) QUANDO E' NECESSARIA

L'iniezione di sostanze vaso attive nei corpi cavernosi del pene è necessaria essenzialmente per la definizione diagnostica di due affezione rappresentate da:

- deficit erettile del pene
- alterazioni morfologiche del pene

2) A COSA SERVE

La sostanza iniettata (PGE1) ha un'azione vasodilatatrice locale in grado di indurre in pochi minuti una erezione artificiale e involontaria la cui entità è in buona misura direttamente proporzionale al dosaggio del farmaco impiegato.

L'erezione ha in genere una durata di 10-20 minuti sufficienti a completare l'indagine ecografica.

3) COME SI ESEGUE

Previa accurata disinfezione della cute viene praticata un'iniezione in uno dei due corpi cavernosi del pene mediante un sottilissimo ago monouso. In tal modo viene iniettato circa 0.5 - 1 ml, pari a circa 10 -20 microgrammi di una particolare prostaglandina, sostanza normalmente contenuta nel corpo umano.

4) LE POSSIBILI COMPLICANZE

Pur con l'adozione di tutte le cautele è possibile la comparsa di rare complicanze, fortunatamente quasi sempre di modesta importanza. Fra queste quella relativamente più frequente è l'erezione dolorosa e prolungata che può persistere per ore. Questa circostanza, se non recede spontaneamente entro un paio d'ore, va prontamente trattata per evitare danni ischemici dei tessuti.

Ulteriori complicanze sono rappresentate dalla possibile comparsa di fenomeni ecchimotici o infettivi nel punto di inoculo del farmaco, problemi peraltro comuni a qualsiasi pratica iniettiva. Il Paziente è tenuto a comunicare l'esistenza di eventuali malattie della coagulazione del sangue o l'assunzione di terapie con farmaci anticoagulanti o antiaggreganti, fattori che aumentano sensibilmente il rischio emorragico.

6) A CHI RIVOLGERSI IN CASO DI COMPLICANZE

Come per qualsiasi altra urgenza, il Paziente che, dopo l'iniezione di sostanze vaso- attive nei corpi cavernosi del pene, riscontra erezione dolorosa o protratta (oltre le due ore), può immediatamente rivolgersi al Pronto Soccorso di questa Casa di Cura (o di altri Ospedali se più vicini), dove verranno attuate le procedure terapeutiche del caso.

Nei giorni successivi si prega di notificare l'avvenuta insorgenza di complicanze al Medico Radiologo che ha svolto l'esame, personalmente oppure telefonicamente chiamando il nr. 045-6444013.

Io sottoscritto ho preso visione delle informazioni contenute nel presente documento.

Data . . . . / . . . . / . . . . . . ***Firma del paziente*** . . . . . .

<u>Modulo da consegnare compilato e firmato il giorno dell'esame</u>

CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto . . . . . .in qualità di:

- ❒ Diretto interessato all'atto medico
- ❒ Tutore di . . . . . .

Dichiaro di aver letto e compreso quanto riportato nel modulo **e di essere stato informato in modo chiaro ed a me comprensibile** dal Dott. . . . . .

che per la malattia di cui sono affetto e per procedere ad una corretta diagnosi è necessaria l'esecuzione di: **iniezione di sostanze vaso-attive nei corpi cavernosi del pene Dichiaro di essere stato informato:**

1. sull'importanza diagnostica dell'esecuzione di questa indagine
2. sui rischi connessi all'indagine
3. sulle alternative diagnostiche possibili

Dichiaro di aver comunicato al medico eventuali patologie di cui sono affetto (malattie della coagulazione del sangue) o trattamenti farmacologici da me assunti (terapie con farmaci anticoagulanti o antiaggregante) che possono far aumentare i rischi di sanguinamento connessi alla procedura

A seguito delle informazioni ricevute

☐ **Acconsento** ☐ **Non Acconsento**

a sottopormi al**l'iniezione di sostanze vaso-attive nei corpi cavernosi del pene** che verrà eseguito dall'Equipe di questo Servizio secondo le modalità espostemi;

Data . . . . / . . . . / . . . . . ***Firma del paziente*** . . . . . .

Confermo di aver spiegato la natura e gli scopi della procedura da eseguire

Data . . . . / . . . . / . . . . . ***Firma del medico proponente*** . . . . . .

Per conferma e verifica di quanto sopra

Data . . . . / . . . . / . . . . . ***Firma del medico esecutore*** . . . . . .

<u>Modulo da consegnare compilato e firmato il giorno dell'esame</u>

ISTRUZIONI

La cute della regione da studiare dovrà essere pulita e priva di creme.
In funzione del tipo costituzionale, la sede oggetto dell'esame potrebbe essere mascherata da peluria eccessiva; in questi casi è consigliabile presentarsi con cute depilata.

E' fortemente raccomandato portare **qualsiasi documentazione sanitaria inerente l'esame** da espletare (cartelle cliniche, visite specialistiche, esami di laboratorio, ECO, TC, RM, ecc.).

E' indispensabile presentarsi munito di **Impegnativa** (o promemoria cartaceo) per:

- **ECOCOLORDOPPLER PENIENO DINAMICO CON STIMOLAZIONE FARMACOLOGICA Codice regionale 88.79.D**.

Il Paziente dovrà presentare **tessera sanitaria TS magnetica**; gli assistiti della Regione Veneto devono portare anche **tessera sanitaria di cartone** e **codice fiscale**.

Presentarsi presso l'Ufficio Accettazione con buon anticipo rispetto all'orario fissato per l'esame, allo scopo di effettuare tutte le necessarie pratiche burocratiche.

In caso di rinuncia lasciare messaggio vocale in segreteria telefonica al n. 045 6449230, con il maggior anticipo possibile per consentire il recupero del posto lasciato libero.

Si prega notare che la normativa vigente stabilisce che:

la mancata disdetta dell'esame entro il giorno precedente l'appuntamento comporta il pagamento per intero della prestazione,