

DATI DEL PAZIENTE E QUESITO DIAGNOSTICO	
Cognome Nome	etichetta
Data di nascita / / Sesso M F	
<input type="checkbox"/> Ricoverato presso il reparto di <input type="checkbox"/> Ambulatoriale	
Esame richiesto: INIEZIONE DI SOSTENZE VASO-ATTIVE NEI CORPI CAVERNOSI DEL PENE	
Quesito Diagnostico	

1 – QUANDO È NECESSARIA

L'iniezione di sostanze vaso attive nei corpi cavernosi del pene è necessaria essenzialmente per la definizione diagnostica di due affezioni 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 – 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.

5 – 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



**DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE E CONSENSO
ALL'INIEZIONE DI SOSTANZE VASO-ATTIVE NEI CORPI CAVERNOSI DEL PENE**

CONS. 15/RADIO

Rev. 4

Data 31/03/2023

Pagina di 2/2

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.

Per presa visione

Data _____

Firma del paziente _____

CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto/a _____

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:

- sull'importanza diagnostica dell'esecuzione di questa indagine
- sui rischi connessi all'indagine
- 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 all'**iniezione di sostanze vaso-attive nei corpi cavernosi del pene**, che verrà eseguita dall'Equipe di questa Unità Operativa 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 richiedente _____

Per conferma e verifica di quanto sopra

Data ___/___/_____

Firma del medico esecutore _____