

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 _____