

A.O.U. Policlinico Tor Vergata
U.O.S.D. Urologia Robotica e Mini-Invasiva
Responsabile prof. Pierluigi Bove

Consenso informato* per intervento chirurgico:
Corporoplastica

Io sottoscritto/a

nato a

il / /

sono stato informato/a dal Dr./Dr.ssa

in modo completo ed esaustivo:

- della mia diagnosi risultante dalla visita e/o dall'esame;
- del trattamento più adeguato, dei tempi e delle modalità di attuazione;
- dei potenziali benefici del trattamento;
- delle possibili complicazioni, dei rischi e dei relativi ulteriori interventi medici;
- delle possibilità di insuccesso;
- dei rischi particolari legati al mio caso;
- dei disagi che potrebbero verificarsi a seguito del trattamento;
- dei tempi e delle modalità di recupero;
- delle opzioni terapeutiche alternative al trattamento diagnostico/terapeutico propostomi, compresi il non trattamento e gli annessi rischi e benefici;
- delle dotazioni ospedaliere adeguate all'indagine diagnostica e/o alla terapia alla quale verrò sottoposto.

Nel rapporto tra medico e paziente si ritiene necessario ed eticamente corretto un ruolo consapevole e attivo da parte del paziente in relazione al trattamento e agli esami diagnostici ai quali volontariamente si sottopone.

Per questa ragione con il presente documento Lei viene informato, ed il medico che glielo sottopone e contemporaneamente lo illustra Le fornirà ogni

più ampia e chiara informazione necessaria alla sua comprensione e si accerterà che Lei abbia ben compreso quanto viene qui di seguito sottoposto alla Sua attenzione e alla finale sottoscrizione.

È importante che Lei ritenga le spiegazioni fornite esaustive e chiare ed in particolare abbia bene presente quanto Le viene proposto per ottenere un trattamento terapeutico appropriato. Di seguito nel presente documento sono indicati i benefici in relazione a quanto Le verrà praticato, i possibili rischi e le eventuali alternative, così da consentirLe una volontaria e conseguentemente consapevole decisione in merito. Per questo Le viene fornita anche per iscritto un'informazione quanto più dettagliata e completa possibile, per renderle comprensibile ed essenziale l'esposizione. Se lo ritiene necessario non abbia alcun timore nel richiedere tutte le ulteriori informazioni che crede utili o nel richiedere eventuali dubbi o chiarire alcuni aspetti di quanto esposto che non ha pienamente compreso. La invitiamo pertanto, prima di prestare il Suo consenso scritto firmando il presente modulo, a chiarire con il medico che glielo sottopone ogni aspetto che non Le appare sufficientemente comprensibile.

1. COME SI ARRIVA ALLA DIAGNOSI E QUINDI AL RICOVERO?

A seguito di curvature del pene in erezione primitive (congenite) o secondarie (Induratio Penis Plastica IPP, fibrosi dei corpi cavernosi) responsabili di alterazioni funzionali (discomfort durante il rapporto) e/o gravi deturpazioni estetiche, si interviene chirurgicamente effettuando l'intervento di corporoplastica, che permette il recupero della normale morfologia del pene.

2. COSA ACCADE PRIMA DELL'INTERVENTO?

Prima dell'intervento è opportuno effettuare un'accurata depilazione intorno alla parte pubica e rimanere a digiuno dalla mezzanotte del giorno precedente. I pazienti trattati con antiaggreganti oppure anticoagulanti devono essere convertiti a terapia alternativa quale eparina calcica o eparina a basso peso molecolare, previo parere medico.

3. CHE TIPO DI INTERVENTO VERRÀ ESEGUITO E CHE TIPO DI ANESTESIA MI VERRÀ ESEGUITA?

L'intervento viene eseguito generalmente in anestesia subaracnoidea e prevede l'asportazione e la correzione della curvatura, previa incisione

circolare di 0,5 cm. al di sotto del balano prepuziale e scollamento dei piani sino a mettere in evidenza il corpo cavernoso. Un tipo di correzione (tecnica di Nesbit) consiste nell'eseguire delle pinces (pieghe), con introflessione del tessuto eccedente controlateralmente alla curvatura, oppure una incisione longitudinalmente a tutto spessore del corpo cavernoso con sutura trasversale (tecnica di Yachia). Un altro tipo di intervento necessario, in presenza di ampie curvature, consiste nell'innestare un patch ("pezza") di tessuto autologo (derma) o eterologo (surgisis, altro). Ricostituiti i piani viene eseguita la circoncisione con sutura circolare, a punti staccati, con fili riassorbibili. Al termine dell'intervento, si effettua medicazione contenitiva. Il cateterismo è previsto per la prima notte. La degenza ha una durata di 24-48 ore.

4. QUALI SONO I VANTAGGI O GLI SVANTAGGI A SEGUITO DELL'INTERVENTO?

I risultati ottenuti a seguito dell'intervento in genere sono buoni sia esteticamente, sia funzionalmente con una buona ripresa della funzionalità d'organo. I vantaggi a seguito dell'intervento consistono in tempi di recupero rapidi con una buona ripresa delle principali funzioni fisiologiche. Gli svantaggi consistono in parestesie del glande, percezione dei punti di sutura applicati in profondità, astensione dai rapporti sessuali per almeno 20-30 giorni, possibile grado di accorciamento in lunghezza del pene solitamente dell'entità massima di 1-2 cm, spesso temporanei, e si può verificare, in caso di interposizione di patch, una riduzione di rigidità durante l'erezione, dipendenti dai processi di cicatrizzazione secondaria. Talvolta sono legati a recrudescenza di una eventuale IPP di partenza.

5. QUALI SONO LE COMPLICANZE?

Le complicanze che possono verificarsi sono: dolore penieno, raccolte ematiche sottocutanee, infezione della ferita, distacco di alcuni punti di sutura per erezioni notturne, progressione della malattia con recurvatum (curvatura del pene in erezione) penieno recidivo, in caso di IPP. Rarissimi sono i casi di necrosi cutanea, necrosi ischemica del glande, retrazione dimensionale del pene, ipoestesia del glande, granulomi da sutura, disfunzione erettile, ipercorrezione del recurvatum con controcurvatura del pene. Si possono verificare infezioni delle vie urinarie.

6. COSA AVVERRÀ DOPO L'INTERVENTO?

La convalescenza è dettata prevalentemente dal tipo di attività lavorativa eseguita dal paziente ed in genere entro una settimana circa è possibile ritornare alle proprie abitudini quotidiane. Entro sette giorni all'intervento, è prevista una visita di controllo al fine di accertarsi della regolarità del processo di guarigione. Ulteriori controlli dovranno essere effettuati a distanza di un mese e tre mesi. In caso di complicanze insorte dopo la dimissione è necessario rivolgersi al Medico specialista.

6. CHE COSA ACCADE SE NON MI SOTTOPONGO ALL'INTERVENTO?

Persisteranno le anomalie morfologiche del pene

Informazioni sulla struttura

Per quanto concerne ogni ulteriore informazione in merito alla presente struttura, La invitiamo a rivolgersi alla amministrazione che sarà a Sua disposizione per ogni ulteriore chiarimento.

Considerazioni speciali

Le infezioni sistemiche e delle ferite chirurgiche superficiali e profonde **non sono del tutto evitabili** nonostante la correttezza delle procedure di prevenzione e delle terapie specifiche.

La loro incidenza tra l'altro è in aumento a causa della **resistenza del numero dei germi** che non rispondono più agli antibiotici.

Le infezioni possono portare a morte.

Nel Suo caso possono avere una **negativa influenza** i seguenti aspetti o comorbidità:

.....
.....

La presenza di queste Sue situazioni oggettive determina un'**incidenza di complicanze di tipo infettivo** che possono avvenire nell'immediato post-operatorio o anche durante il primo anno post-intervento.

Pertanto, viste le condizioni cliniche di cui sopra, il Suo rischio infettivo è da considerarsi:

☐ basso ☐ medio ☐ alto

Sulla base della mia esperienza professionale il rischio dell'intervento proposto in termini di complicanze e/o mortalità può essere valutato in

☐ basso ☐ medio ☐ elevato ☐ molto elevato

In maniera esaustiva ho informato il Sig./Sig.ra dei motivi della scelta terapeutica proposta ed i vantaggi e svantaggi che questa scelta potrà determinare sulla sua aspettativa di vita e la qualità della stessa, soffermandomi particolarmente sulle aspettative che il paziente si attende dall'opzione terapeutica proposta e quelle che nel suo caso specifico si potranno ottenere:

.....
.....

Relativamente ai risultati attesi sopra indicati le possibilità di successo sono

☐ molto alte ☐ alte ☐ medie ☐ basse

Ho discusso in maniera approfondita le complicanze ed i rischi dell'atto medico proposto anche in relazione alla mia esperienza e alla tecnica utilizzata, in particolare sono state affrontate le seguenti problematiche che potrebbero essere causa di peggioramento della qualità della vita, invalidità permanente e di morte:

.....
.....

C'è da tener presente, comunque, che l'elenco delle complicanze sono quelle più frequenti e statisticamente riscontrate. Tale elenco però non deve ritenersi esaustivo in quanto possono intervenire anche complicanze diverse sicuramente meno frequenti delle quali è estremamente difficoltoso poter elencare specificamente.

Dichiaro di aver compreso le informazioni ricevute in lingua italiana (se straniero specificare la lingua utilizzata):

.....

CONSENSO INFORMATO

Confermo:

- di essere stato adeguatamente informato e di avere compreso e discusso con il medico tutte le informazioni;
- di avere avuto la possibilità di fare domande sul trattamento anestesologico da adottare prima, durante e dopo l'intervento e che il medico si è reso/a disponibile per eventuali ulteriori chiarimenti;
- di avere compreso le informazioni circa le complicanze più comuni e prevedibili e che, nel mio caso specifico, consistono in:

.....

e che il Dr./Dr.ssa

ha espresso quanto sopra in modo chiaro e comprensibile ed ha risposto esaurientemente ad ogni quesito.

EVENTUALE PRESENZA DI TESTIMONE EVENTUALE NECESSITÀ DI INTERPRETE

Cognome e Nome:

Firma:

Quindi

☐ ACCONSENTO

di SOTTOPORMI presso CODESTA STRUTTURA ad INTERVENTO/
PROCEDURA SOPRAINDICATO/A

☐ RIFIUTO

di SOTTOPORMI presso CODESTA STRUTTURA ad INTERVENTO/
PROCEDURA SOPRAINDICATO/A

Data: / /

Firma del Genitore o del Legale Rappresentante

Firma del Paziente

Firma del Medico