

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

Consenso informato* per intervento chirurgico:
Protesi Peniena

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?

Il deficit erettile rappresenta l'incapacità ad ottenere e mantenere una erezione sufficiente ad una penetrazione, in genere di origine organica (vascolare, Induratio Penis Plastica o IPP, traumatica, diabetica, iatrogena). L'intervento viene effettuato con lo scopo di ripristinare la funzione sessuale mediante l'uso di un sistema protesico.

2. COSA ACCADE PRIMA DELL'INTERVENTO?

Prima dell'intervento è opportuno eseguire una profilassi antibiotica e una profilassi antitrombotica. I pazienti trattati con anticoagulanti o antiaggreganti 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 IN CHE COSA CONSISTE?

L'intervento può essere eseguito con accesso infrapubico o peno-scrotale. In entrambi i casi l'incisione prevista ha un'estensione di circa 2-3 cm. Incisa la cute viene esposta la superficie dorsale (accesso infrapubico) o ventrale

(accesso peno-scrotale) dei corpi cavernosi che incisi, vengono dilatati progressivamente sino ad ottenere lo spazio necessario all'introduzione della protesi.

Misurata la lunghezza del corpo cavernoso dalle crura all'estremità prossima al glande vengono inserite le protesi. Applicati dei punti di sutura sui corpi cavernosi e successivamente sulla cute con filo riassorbibile, si esegue medicazione compressiva. Al termine dell'intervento verrà posizionato un catetere vescicale. La degenza ha una durata di 48-72 ore, a meno che insorgano eventuali complicanze.

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

I risultati ottenuti a seguito dell'intervento dal punto di vista funzionale sono ottimi. È fondamentale ricordare che date le caratteristiche delle protesi peniene semirigide (tutori assiali di silicone) il pene resterà sempre in uno stato di semirigidità. I vantaggi riconducibili, a seguito dell'intervento, sono la bassa morbidità ed una rapida ripresa, gli svantaggi in genere consistono nel periodo di adattamento psicologico e comportamentale alla nuova situazione di semirigidità.

5. QUALI SONO LE COMPLICANZE CHE POSSONO VERIFICARSI PRIMA E DOPO L'INTERVENTO?

Complicanze intra-operatorie: sono conseguenza della delicatezza dei tessuti resi più fragili da taluni tipi di malattie:

- Rottura distale dei capi cavernosi
- Fistola urinaria costringono a sospendere alla messa in opera delle protesi ed a manovre aggiuntive (cateterismo) di riparazione.

Complicanze post-operatorie:

- Intolleranza, nell'1-3% dei casi, trattabile con antibiotici, ma che in casi estremi può richiedere una riesplorazione chirurgica con rimozione della protesi;
- Dolore penieno in una percentuale intorno al 15%, risolvibile con terapia antinfiammatoria;
- Deficit di sensibilità peniena.

In caso di complicanze insorte dopo la dimissione è necessario rivolgersi all'urologo.

6. COSA AVVERRÀ DOPO L'INTERVENTO?

Il presidio protesico, durante la convalescenza, potrà essere utilizzato dopo circa due mesi dall'intervento. Ad una settimana dall'intervento, se il decorso post-operatorio è regolare, è necessario effettuare un controllo clinico urologico.

7. QUALI POSSONO ESSERE LE CONSEGUENZE A MEDIO E LUNGO TERMINE ?

Come per tutti gli impianti protesici è possibile nel corso degli anni una migrazione delle protesi con successive perforazioni dei corpi cavernosi con estrusione ("espulsione") della protesi dal pene o all'apposto ipodimensionamento finale della protesi con curvature del glande in fase di erezione (sindrome del "concorde"): situazioni che generalmente richiedono una riesplorazione chirurgica.

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 complicità 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 complicità 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 complicità sono quelle più frequenti e statisticamente riscontrate. Tale elenco però non deve ritenersi esaustivo in quanto possono intervenire anche complicità 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 anestesilogico 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