

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

Consenso informato per intervento chirurgico:
Agobiopsia Prostatica (prelievo con ago della prostata)

Io sottoscritto/a

nato a

il / /

dichiaro di essere stato/a informato/a dal dal Dott./Dott.ssa

.....

in modo chiaro e completo su quanto segue

 COSA MI È STATO SPIEGATO

- Qual è la mia situazione clinica e perché è stato consigliato questo esame.
- In cosa consiste l'agobiopsia prostatica: prelievo con ago di piccoli campioni di prostata per analizzarli.
- Come si svolgerà l'esame, quanto dura e dove verrà fatto.
- Quali sono i benefici, i possibili rischi e le complicazioni.
- Quali sono le alternative, incluso non fare l'esame, e i relativi rischi.
- Cosa può succedere dopo l'esame e come sarà il recupero.
- Quali documenti portare e come prepararsi (es. sospendere farmaci anticoagulanti, clistere, digiuno se sedazione).
- Che posso sempre fare domande e chiarire ogni dubbio prima di firmare.

DURATA

L'esame dura pochi minuti. Dopo, si resta in osservazione per un breve periodo.

DOCUMENTI DA PORTARE

- Emocromo, INR/PTT, esame urine e urinocoltura, PSA, ecografie o risonanze precedenti.
- ECG recente se si soffre di cuore.
- In caso di sedazione: verrà comunicata una data per gli esami pre-operatori e la visita con l'anestesista.

DOPO L'ESAME

Sintomi normali:

- Sangue nelle urine, nel retto o nello sperma (può durare fino a 1-2 mesi).

Complicazioni da controllare al Pronto Soccorso:

- Febbre alta
- Difficoltà a urinare
- Sanguinamenti abbondanti

SE NON FACCIO L'ESAME

Si rischia **un ritardo nella diagnosi** che può rendere più difficile curare eventuali malattie.

 NOTE AGGIUNTIVE

- Anche se vengono prese tutte le precauzioni, esiste sempre un rischio di infezione, che può essere più alto in base al proprio stato di salute.
- Il rischio complessivo per il paziente viene valutato come:
☐ basso ☐ medio ☐ alto
- Il rischio legato alla procedura:
☐ basso ☐ medio ☐ elevato ☐ molto elevato

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