

## NORME DI PREPARAZIONE

### ECOCOLORDOPPLER PENIENO DINAMICO CON STIMOLAZIONE FARMACOLOGICA

IL PAZIENTE È INVITATO AD ATTENERSI SCRUPolosAMENTE ALLE NORME RIPORTATE

- IL GIORNO DELL'ESAME:
  - RIPORTARE COMPILATO IL CONSENSO INFORMATO
  - SEGUIRE LA PREPARAZIONE ALLEGATA
  - PRESENTARSI ALMENO UN'ORA PRIMA DELL'ORARIO DI PRENOTAZIONE PRESSO L'ACCETTAZIONE POSTA AL PIANO 0 DELL'AREA GIALLA, PER EFFETTUARE LA REGISTRAZIONE E IL PAGAMENTO

**UNITA' OPERATIVA di UROLOGIA**

Responsabile: Dr. Gianluigi Taverna

**CONSENSO INFORMATO  
FARMACO INIEZIONE CAVERNOSA (FIC)**

Io sottoscritto/a

<p><i>in caso di assenza di etichetta identificativa paziente compilare i dati sottostanti</i></p> <p>Cognome e Nome _____</p> <p>Nato/a _____ il ____/____/____</p>	<p><b>GENERALITÀ PAZIENTE</b></p> <p>(apporre l'etichetta identificativa)</p>
--	---

**dichiaro di**

essere stata/o informata/o in modo chiaro ed a me comprensibile dal Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_

- ✓ della diagnosi formulata alla conclusione della visita e/o degli esame/i diagnostici a cui sono stato sottoposto:

*inserire la diagnosi*

- ✓ della necessità di sottopormi a:

*inserire intervento chirurgico/procedura*

- ✓ delle patologie concomitanti che costituiscono un rischio individuale specifico tale da influenzare il rischio di complicanze:

*indicare le patologie*

**NULLA DA SEGNALARE**

- ✓ delle alternative terapeutiche all'intervento chirurgico/procedura proposto

*Il presente modulo viene consegnato al paziente in previsione dell'intervento chirurgico / procedura, a completamento di quanto già espresso verbalmente, per informarlo dei rischi e dei benefici connessi all'operazione prevista ed ottenere il Suo consenso informato. Tale atto, indispensabile e previsto dalla legge, viene richiesto a tutela del malato e non al fine di sollevare il medico dalle responsabilità professionali. Si prega di leggere per esteso il documento prima di firmarlo, rivolgendosi al medico dell'Unità Operativa / Servizio per ogni eventuale chiarimento.*

*Dopo aver letto queste notizie e dopo averne parlato con il medico responsabile delle sue cure o con il medico che eseguirà l'intervento necessario, il paziente sottoscriverà questo consenso al trattamento proposto od opporrà un suo rifiuto. In quest'ultima spiacevole condizione nulla cambierà nei rapporti tra il paziente ed i medici del reparto che continueranno ad impegnarsi per fornire il miglior trattamento possibile anche senza quello proposto, ritenuto assolutamente necessario. Deve essere chiaro che la mancata esecuzione della procedura terapeutica proposta, implicherà l'aumentato rischio di mortalità o una rilevante riduzione dei risultati terapeutici.*

## 1. COS'È LA FIC ?

La FIC, abbreviativo di Farmaco Iniezione Cavernosa, consiste nell'iniettare nel corpo cavernoso del pene una dose di un farmaco chiamato prostaglandina, utilizzando un ago microfine che non arreca dolore. L'esame deve essere eseguito da un Specialista in Urologia con una competenza "superspecialistica" in Andrologia.

## 2. A COSA SERVE LA FIC ED ESISTONO ALTERNATIVE?

Vi sono esami andrologici (tra cui l'ecocolor doppler dinamico del pene) o terapie (ciclo di ginnastica farmacologia endocavernosa vasoattiva) che prevedono il raggiungimento di una erezione "su richiesta", in ambulatorio.

La FIC è l'unica manovra che consente di raggiungere questo scopo. Spesso la auto-FIC è una metodica che alcuni pazienti, sottoposti a particolari interventi chirurgici come la prostatectomia senza salvataggio dei nervi, medullosesi, ecc., imparano a praticarsi per ottenere una erezione per condurre un rapporto sessuale diversamente non ottenibile con farmaci assunti per via orale.

In tal caso l'Andrologo insegna al paziente o alla partner dello stesso la tecnica.

## 3. FA MALE LA FIC ?

La FIC non fa male: un dolore moderato o lieve al pene è rilevato soltanto dal 34% dei pazienti.

## 4. POSSO ANDARE AL LAVORO DOPO LA FIC ?

È consigliabile non avere nessun impegno lavorativo o extra lavorativo per un periodo di 6 ore dopo l'esecuzione della FIC.

## 5. SERVE UNA PREPARAZIONE ALL'ESAME FIC ?

Le uniche preparazioni richieste al paziente candidato alla FIC sono:

- se il paziente è in cura con farmaci anticoagulanti, è necessaria la sospensione degli stessi secondo dettami stabiliti dal medico di famiglia;
- se il paziente è fumatore, è necessario che si astenga dal fumo almeno 2 ore prima dell'esame;
- non è necessaria la sospensione di una eventuale terapia cronica del paziente;
- non è necessario il digiuno;
- non è necessaria la vescica piena.

## **6. QUALI AVVERTENZE E RISCHI POSSO CORRERE SOTTOPONENDOMI ALLA FIC?**

La FIC è una metodica diagnostica-terapeutica molto sicura.

In un numero limitato di pazienti sottoposti a FIC (2%) si può realizzare una erezione di durata eccessiva (oltre 4 ore), spesso anche accompagnata da dolore al pene.

Nella maggior parte dei casi è sufficiente, per favorire la discesa dell'erezione del pene, sottoporsi ad un bidet con acqua fredda, oppure ad una eiaculazione.

Nel caso tali rimedi non abbiano sortito la riduzione e la scomparsa della rigidità, i pazienti devono essere rivalutati dallo Specialista accedendo al Pronto Soccorso di Humanitas Mater Domini (Tel. 0331 476208).

Nella maggioranza dei casi lo Specialista non attuerà alcuna terapia; altre volte sarà utile effettuare una seconda FIC utilizzando un farmaco antagonista dell'erezione.

In un numero limitatissimo di pazienti (<0,5%) l'erezione protratta (priapismo) ha richiesto manovre terapeutiche anche di tipo invasivo.

# CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto/a

*in caso di assenza di etichetta identificativa paziente  
compilare i dati sottostanti*

Cognome e Nome \_\_\_\_\_  
Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## GENERALITÀ PAZIENTE

(apporre l'etichetta identificativa)

### dichiaro di

- aver letto e compreso l'informativa specifica, parte integrante di questo consenso
- essere stato adeguatamente informato sul mio stato di salute, sulle modalità di esecuzione terapeutiche dell'intervento chirurgico/procedura propostami, sulle finalità diagnostiche/terapeutiche dell'intervento chirurgico/procedura stessa, sulle complicanze più frequenti, sui rischi e sui benefici del trattamento, sulle alternative di cura e sulle eventuali conseguenze da rifiuto del trattamento stesso, sulla necessità, qualora si verificasse, di ricorrere a emotrasfusioni
- essere stato informato sull'equipe che esegue l'intervento chirurgico /procedura proposti
- essere stato adeguatamente informato sulle patologie concomitanti per le quali il rischio specifico dell'intervento proposto/procedura risulta essere aumentato
- avere compreso e discusso con il medico le informazioni che mi sono state fornite
- essere a conoscenza di poter revocare il consenso in qualsiasi momento
- di autorizzare i sanitari, ove durante l'intervento chirurgico/procedura se ne ravvisasse la necessità, a modificare il programma chirurgico prospettatomi e preventivamente concordato
- aver riferito al medico la mia storia clinica e tutte le terapie convenzionali e alternative che sto assumendo

### e quindi in piena consapevolezza

**ACCETTO**

**RIFIUTO**

di SOTTOPORMI presso CODESTA STRUTTURA  
ad INTERVENTO CHIRURGICO/PROCEDURA sopraindicato

### Informazione data al paziente tramite INTERPRETE e/o in presenza di TESTIMONE

Nome e Cognome dell'INTERPRETE

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Nome e Cognome del TESTIMONE

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

### INCAPACITA' D'INTENDERE e DI VOLERE

SÌ

Nome e Cognome del TUTORE LEGALE

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

### PAZIENTE MINORE

*\*il consenso del paziente minore deve essere sottoscritto da entrambi i genitori*

Firma madre

\_\_\_\_\_

Firma padre

\_\_\_\_\_

Firma Tutore legale

\_\_\_\_\_

Firma giudice tutelare

\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma paziente **X** \_\_\_\_\_

Timbro e Firma Medico **X** \_\_\_\_\_