

Logo Azienda/ Università	Struttura organizzativa Responsabile Intestazione Azienda	Logo Azienda/ Università
---	---	---

CONSENSO INFORMATO PER L'ORCHIFUNICULECTOMIA

Io sottoscritto. nato a il .
..... e residente a in via. sono
stato informato dai sanitari di questa Divisione della patologia di cui sono affetto, ovvero
“NEOFORMAZIONE DEL TESTICOLO”, delle possibili alternative terapeutiche e dell'intervento
chirurgico proposto: ORCHIFUNICULECTOMIA. L'intervento si esegue solitamente in anestesia
loco-regionale (peridurale o spinale) e consiste nell'asportazione del testicolo e del funicolo
spermatico. La tecnica prevede una incisione inguinale traversa obliqua di circa 4-6 cm. Ciò
consente di chiudere per prima cosa i vasi che arrivano al testicolo e poi di asportare il testicolo
con tutte le sue tuniche. E' possibile eseguire un esame istologico estemporaneo per verificare
la natura del nodulo. Se il paziente desidera e se non vi sono controindicazioni di carattere
locale che possano predisporre al rigetto è possibile applicare nello stesso intervento una
protesi testicolare a fini estetici. La durata dell'intervento è in genere breve, intorno ai 20 minuti.
Le complicanze tipiche di questo intervento sono poco frequenti e sono rappresentate da:
sanguinamento, infezione della ferita, ematomi scrotali, febbre.

Io sottoscritto. nato a il .
..... dichiaro di essere stato informato in modo esauriente relativamente alla
diagnosi, prognosi, prospettive terapeutiche, eventuali alternative e conseguenze delle scelte
operate e di aver avuto la possibilità di porre domande in merito. A tutti i quesiti da me posti
sono state date risposte complete ed esaurienti. Non avendo necessità di ulteriori informazioni
dichiaro di sottopormi volontariamente al trattamento e autorizzo pertanto i sanitari dell'Urologia
ad eseguire su di me i procedimenti terapeutici concordati. Con la firma del presente consenso
confermo di aver letto e compreso completamente quanto sopra esposto.

Data Il medico Il paziente

