



**CONSENSO INFORMATO ALL'INTERVENTO
DI RICERCA PERCUTANEA/CHIRURGICA DI
SPERMATOZOI DA EPIDIDIMO/TESTICOLO**

**MD PS PMA 1-70
Rev.1
22 ottobre 2010
Pag. 1 di 1**

S.I.S.Me.R.

Io sottoscritto, Sig, nato il, a,
dichiaro di essere stato esaurientemente informato circa le caratteristiche cliniche della condizione di
cui sono affetto e le relative opzioni terapeutiche.

Ho ben compreso dal Dott gli scopi e le modalità dell'intervento percutaneo
chirurgico di ricerca di spermatozoi da epididimo testicolo, e sono consapevole dei benefici e
dei limiti che questo tipo di intervento comporta.

In particolare sono consapevole che:

- la ricerca chirurgica di spermatozoi da epididimo/testicolo non garantisce il sicuro ritrovamento di spermatozoi;
- nel caso di ricerca infruttuosa a carico di un epididimo/testicolo, si procederà a ricerca nell'epididimo/testicolo controlaterale;
- nel periodo postoperatorio sarà opportuno mantenere ghiaccio in regione scrotale per circa 12 ore, e osservare un periodo di riposo non inferiore alle 48 ore. In caso di procedura chirurgica è inoltre indicato non avere un bagno completo per la prima settimana;
- nel postoperatorio potrebbe presentarsi dolore in regione scrotale, che potrebbe richiedere impiego di farmaci antidolorifici;
- possibili complicanze sono riportate in letteratura medica e possono pertanto occorrere; esse comprendono principalmente: edema, infezione, ematoma, cicatrice esuberante in sede di incisione cutanea, ipogonadismo transitorio o permanente nel caso di ricerca di spermatozoi da testicolo.
- In relazione a quest'ultima possibile evenienza (ipogonadismo transitorio o permanente) è indicato eseguire periodicamente (almeno ogni 4 mesi) valutazione sierica di LH, Testosterone totale e FSH per un anno dalla procedura percutanea/chirurgica svolta su testicolo.

Accetto di seguire eventuali indicazioni mediche specifiche che mi possano essere date dagli Urologi
che mi hanno in carico.

Riconosco che mi è stata data la possibilità di porre qualsiasi quesito in merito all' intervento a cui
sto per sottopormi, pertanto acconsento all'intervento percutaneo chirurgico di ricerca di
spermatozoi da epididimo testicolo.

Località e data: Centro SISMER – Bologna;

Firma paziente _____

Firma medico _____

Firma testimone _____