



INFORMAZIONI PER IL PAZIENTE

CONSENSO INFORMATO

ENUCLEAZIONE ENDOSCOPICA DI ADENOMA PROSTATICO CON LASER A OLMIO (HoLEP)

Alle ore _____ del _____ ha inizio un incontro tra Medico e il sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il _____ il quale dichiara

- di non rifiutare di ricevere le informazioni inerenti la propria patologia e il trattamento indicato
- rifiutare in tutto o in parte di ricevere le informazioni inerenti la propria patologia e il trattamento indicato con riferimento alle seguenti informazioni _____
- indica i seguenti familiari o la persona di sua fiducia incaricati di ricevere le informazioni e di esprimere il consenso in sua vece: _____
- essere stata informata/o in modo chiaro e comprensibile dal Prof./Dott. _____

della patologia di cui sono affetta/o, ovvero **ipertrofia prostatica**. Mi sono state spiegate con grande chiarezza tutte le alternative terapeutiche a mia potenziale disposizione, e che comprendono: osservazione attenta, terapia medica e terapia chirurgica (endoscopica o a cielo aperto).

In considerazione della mia condizione clinica generale e locale prostatica ho liberamente scelto di essere sottoposto a intervento di enucleazione endoscopica dell'adenoma prostatico con laser a olmio (HoLEP). In particolare mi è stato chiaramente spiegato che questo intervento viene eseguito in anestesia periferica o generale a seconda del giudizio dello specialista anestesista.

Questo intervento serve per rimuovere la porzione più interna della prostata (il cosiddetto adenoma prostatico) lasciando la capsula prostatica esterna in sede.

Al termine dell'intervento viene lasciato un catetere uretrale che, a parere del medico, potrà essere rimosso a partire dalle 24 ore che seguono l'intervento. Mi è stato spiegato che una volta rimosso il catetere la ripresa della minzione spontanea è caratterizzata dalla presenza di urine ematiche e dalla necessità di urinare di frequente associato o meno a bruciore minzionale (di solito questo quadro ritorna alla normalità nel giro di un mese). Mi è stato altresì spiegato che può accadere che, al momento della rimozione del catetere, il paziente non riesca a urinare spontaneamente a causa della presenza di coaguli ematici o della presenza di uno spasmo (contrazione involontaria) dello sfintere uretrale. In questo caso può essere necessario tenere il catetere vescicale per ulteriori 10 giorni, fino al ristabilirsi della normalità minzionale.

Mi sono state illustrate tutte le possibili **complicanze** associate a questo intervento. In particolare, le più frequenti sono: sanguinamento con rara necessità di eseguire trasfusioni di sangue, stenosi dell'uretra, sclerosi del collo vescicale, trombosi venosa profonda, incontinenza urinaria, lesione al meato uretrale (0,5%), perforazione della capsula prostatica (0,5%), perforazione vescicale.

La mortalità operatoria e perioperatoria è quasi nulla, inferiore allo 0,1%. La necessità di re-intervento è di solito dettata dalla necessità di controllare un sanguinamento o di riparare una perforazione capsulare.

L'intervento di enucleazione endoscopica dell'adenoma prostatico con laser a olmio è generalmente definitivo. In circa l'1% dei casi negli anni il tessuto adenomatoso della prostata può ricrescere e, in questo caso, può rendersi necessario un re-intervento. Dopo l'intervento scompare l'eiaculazione in circa 8 casi su 10 (cioè non fuoriesce più liquido seminale all'esterno al momento dell'orgasmo), mentre la sensibilità orgasmica viene mantenuta. Viene sempre eseguito un esame istologico del tessuto prostatico asportato con l'intervento. L'intervento, rimuovendo solo una parte della prostata, non riduce il rischio di futuro sviluppo di un carcinoma prostatico nella porzione periferica della ghiandola, che rimane in sede e deve essere pertanto sottoposta a normali controlli periodici.

Io sottoscritto.....nato a il
dichiaro di essere stata informata in modo esauriente relativamente alla diagnosi, prognosi, prospettive terapeutiche, eventuali alternative e alle prevedibili 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 a eseguire su di me i procedimenti terapeutici concordati.

Il/La paziente è stato/a altresì informato/a che in questo Istituto non esiste una UTIC (Unità di Terapia Intensiva Coronarica), pertanto in caso di tale necessità ci potrebbe essere un trasferimento in altra struttura ospedaliera

Ciò premesso, il/la Paziente alle ore _____

Dichiara che quanto sopra descritto

era / NON era stato già oggetto di informativa resa in occasione di altri/o incontri/o con lo stesso o con altri sanitari della medesima U.O.

Dichiara di

essere stato/a invitato/a a leggere con molta attenzione quanto riportato in questo scritto che corrisponde, peraltro, a quanto ampiamente spiegatomi oralmente

non esserlo stato

Dichiara, altresì, di

avere ben compreso il significato di quanto mi è stato esposto

non avere ulteriori chiarimenti da avanzare oltre a quelli che gli/le sono stati già forniti

di porre le seguenti domande:

a cui viene fornita esauriente risposta NON viene fornita esauriente risposta

Quindi, consapevolmente lo/la stesso/a

Acconsente **Non acconsente** al trattamento chirurgico e/o trattamento medico proposto.

Autorizza **Non autorizza** inoltre i sanitari, ove durante l'intervento chirurgico evidenziassero altre patologie non precedentemente diagnosticate, a provvedere, secondo scienza e coscienza, alla cura di tali patologie, anche modificando il programma terapeutico prospettato e preventivamente concordato.

Autorizza **Non autorizza** l'utilizzo dei tessuti e/o organi eventualmente asportati durante il trattamento al fine di formulare una diagnosi isto-patologica, ma anche per procedure finalizzate al miglioramento delle conoscenze in campo scientifico.

Inoltre, **Acconsente** **Non acconsente** che nel corso di procedure diagnostiche e/o terapeutiche vengano eseguite riprese filmate e/o fotografiche e che queste vengano utilizzate in ambito medico per migliorare le conoscenze scientifiche, nel completo rispetto della mia privacy e con adeguate garanzie per i diritti e le libertà del sottoscritto.

DICHIARO DI AVER LETTO E COMPRESO le informazioni sul trattamento dei dati personali rese dall'Istituto Tumori Giovanni Paolo II di Bari. Per informazioni dettagliate circa il trattamento dei dati personali si rinvia al sito internet: <https://www.sanita.puglia.it/web/irccs> nell'apposita sezione "Privacy"

Il colloquio termina alle ore _____ del _____

Firma del Medico

Firma del/della paziente

REVOCA del Consenso

In data _____ alle ore _____ il/la paziente manifesta la propria intenzione di revocare il consenso sopra espresso.

il Medico _____ prospetta al paziente (e ai suoi familiari poiché vi ha consentito) le conseguenze di tale decisione sintetizzabili come segue: _____

il Medico descrive le possibili alternative sintetizzabili come segue: _____

Il Medico propone di intraprendere le seguenti azioni (anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica): _____

Il Paziente, avendo ben compreso quanto descritto dal Medico pone le seguenti domande: _____

a cui viene fornita esauriente risposta NON viene fornita esauriente risposta

alle ore _____

il paziente

Revoca il consenso precedentemente manifestato

NON lo revoca

Firma Paziente _____

Firma Medico _____