



INFORMAZIONI PER IL PAZIENTE

CONSENSO INFORMATO

INTERVENTO CHIRURGICO PER TRATTAMENTO TORSIONE FUNICULO SPERMATICO

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 **torsione del funicolo spermatico**, delle possibili alternative terapeutiche e dell'intervento chirurgico proposto:

INTERVENTO CHIRURGICO PER TRATTAMENTO TORSIONE FUNICULO SPERMATICO.

La torsione del funicolo spermatico sul suo asse compromette il flusso venoso di ritorno del testicolo che può giungere rapidamente sino all'occlusione venosa alla quale conseguono ben presto danni ischemici significativi a carico del testicolo stesso. Si presenta come un dolore scrotale violento accompagnato da nausea e colpisce soprattutto l'adolescente. Si determina per la lunghezza patologica del *gubernaculum testis* (appendice fibrosa che fissa il testicolo alla borsa) che conduce alla rotazione del funicolo da cui deriva prima l'ischemia parenchimale e subito dopo l'infarcimento emorragico. Non è rara nell'infanzia e può presentarsi fra i 20 e 40 anni. La terapia è chirurgica e deve essere instaurata entro sei ore dall'inizio dei sintomi per evitare le gravi complicanze anatomiche e funzionali del testicolo interessato.

Attraverso un'incisione longitudinale alta dell'emiscroto oppure inguinale si procede a derotazione e fissazione del testicolo alla tunica vaginale e al rafe mediano. La fissazione deve essere bilaterale; la fissazione controlaterale è una misura di prevenzione da non tralasciare per impedire un identico episodio di torsione sull'identica base eziopatologica. Nel caso siano trascorse più di 6 ore dall'insorgenza del dolore si verifica l'infarcimento emorragico non risolvibile, che può comportare l'asportazione del testicolo stesso.

Le possibili **complicanze** possono essere:

- asportazione del testicolo in caso di necrosi;
- emorragie;
- infezioni.

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 _____