Io sottoscritto _____

nato a _____ il _____

Paziente degente presso **l'Unità Funzionale di Urologia** della CASA DI CURA "CITTA' DI BRA", affetto da

Stenosi e/o sclerosi cicatriziale del collo vescicale:

in piena facoltà di intendere e di volere, dichiaro di essere stato/a esaurientemente informato/a in modo chiaro e da me comprensibile sulla natura e sulla evoluzione della malattia di cui sono affetto/a. In particolare nei corsi dei colloqui intercorsi con il Dottor _____ sono/a stato informato/a che è indicato l'intervento di:

Incisione endoscopica stenosi e/o sclerosi cicatriziale del collo vescicale (T.U.I.P.).

Per tale prestazione dichiaro di essere stato informato che posso andare incontro a complicanze sia generali che specifiche legate al tipo di procedura. Mi è stato spiegato che le complicanze generali possono essere anestesiologiche (vedere la scheda relativa al consenso specifico), cardiologiche, circolatorie, polmonari, metaboliche, infettive. Per quanto riguarda invece le complicanze specifiche, queste possono essere: emorragia, macroematuria, tamponamento vescicale da coaguli, ritenzione acuta d'urina, infezione urinaria, orchiepididimite, fistola vescicale, raccolta urinosa, incontinenza urinaria, recidiva sclerosi cicatriziale del collo vescicale, stenosi uretrale, eiaculazione retrograda, perforazione e fistola uretro-rettale, disfunzione erettiva, prostatodinia. Il medico mi ha spiegato che durante l'intervento si possono verificare situazioni che potrebbero determinare a giudizio dell'operatore, un cambiamento di tipo d'intervento chirurgico ed in tal caso autorizzo il Chirurgo ad agire come meglio ritiene per la mia salute.

Preso atto di quanto precedentemente descritto, dopo aver riflettuto sulle informazioni ricevute e dopo aver confermato le notizie da me rese ai medici della Unità Funzionale di Urologia, sul mio stato di salute:

☐ acconsento ☐ non acconsento

a sottopormi alla suddetta prestazione chirurgica propostami.

Data _____

Firma del paziente o di chi ne fa le veci _____

Firma del Medico _____

REVOCA DEL CONSENSO RILASCIATO IN DATA _____

Firma del Paziente/Tutore Legale_____

Documento di proprietà della Casa di Cura "Città di Bra" - Clinica Privata Accreditata.
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta.