

CDV	CONSENSO INFORMATO BIOPSIA PROSTATICA ECOGUIDATA	Data
		Prot. 40/3
		Firma
		Pagina 1 di 2

Io sottoscritto _____

dichiaro di aver avuto un colloquio durante il quale mi è stato esposto il quadro clinico e biochimico riguardante la mia persona, il tipo di procedura diagnostica proposta, i potenziali rischi ad essa connessi ed il probabile decorso clinico successivo ad agobiopsie prostatiche ecoguidate per via trans-rettale.

Sono consapevole del fatto che, nel corso della procedura, possano rendersi necessarie, a giudizio del medico, procedure addizionali o diverse da quelle che mi sono state preliminarmente illustrate.

Sono stato inoltre informato delle possibili complicanze connesse a tale procedura, che vengono elencate qui di seguito con le relative percentuali:

- Ematuria 15-30 %
- Emospermia 5-20 %
- Ritenzione acuta di urina 15-25%
- Infezioni delle vie urinarie 10-20%
- Proctorragie temporanee 20-30%
- Proctorragie massive 1-5%
- Shock settico 1%

Rischi particolari legati al caso specifico del paziente: _____

QUESTIONARIO

	SI	NO
Soffre di pressione alta, giramenti di testa, svenimenti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha o ha avuto problemi cardiaci, respiratorio circolatori?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quali? _____		
Soffre di diabete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha avuto emorragie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha avuto altre malattie importanti oppure operazioni chirurgiche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quali? _____		
Farmaci che assume _____		

Acconsento quindi ad essere sottoposto ad agobiopsie prostatiche ecoguidate per via trans-rettale

Firma del paziente¹ _____ Firma del medico _____

Firma di eventuale interprete _____

Sottoscritto in data _____

¹ O della persona autorizzata ad acconsentire per il paziente se questi è minore o incapace di intendere e volere.