



**CONSENSO INFORMATO ALL'ECO-COLOR-DOPPLER PENIENO DINAMICO CON  
SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI VASOATTIVI**

Il medico che la segue ha ritenuto opportuno proporLe di sottoporsi ad un esame definito **ECO-COLOR-DOPPLER PENIENO**, allo scopo di studiare la Sua risposta erettiva dopo somministrazione di farmaco vasoattivo nei corpi cavernosi del suo organo genitale.

La si informa che tale indagine si basa su onde ultrasonore che non determinano, l'intensità utilizzata in questa procedura, alcun tipo di rischio noto.

L'esame verrà eseguito prima con la somministrazione nei corpi cavernosi con ago sottile, di un farmaco vasoattivo denominato Prostaglandina E1 (PG E1) in grado di determinare una erezione parziale o completa.

L'erezione così indotta potrebbe durare da 1 a 3 o 4 ore. La prostaglandina E1 iniettata nei corpi cavernosi potrebbe inoltre determinare, in una bassissima percentuale dei casi (circa 0,01% secondo le varie statistiche) l'insorgenza di una erezione prolungata e dolorosa. In tale occasione il medico potrebbe iniettare un altro farmaco vasoattivo denominato Etilerina allo scopo di indurre tumescenza peniena e scomparsa del priapismo.

Nel caso in cui tale fenomeno si presentasse alcune ore dopo la dimissione Lei dovrà immediatamente recarsi al Pronto Soccorso dell'Ospedale più vicino e dovrà riferire al medico di aver ricevuto, qualche ora prima, un'iniezione di farmaco vasodilatatore nei corpi cavernosi per motivi diagnostici.

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in  
via \_\_\_\_\_

Dichiara di essere stato informato esaurientemente in merito all'esame da eseguire, sulle indicazioni e gli eventuali rischi e le conseguenze che ne possono derivare. Confermo di aver compreso le spiegazioni che mi sono state fornite (attraverso questo foglio) e pertanto acconsento di sottopormi a questa procedura

Firma del paziente \_\_\_\_\_ Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma del medico \_\_\_\_\_ Luogo e Data \_\_\_\_\_

-----  
*DA COMPILARSI ESCLUSIVAMENTE NEL CASO DI SOGGETTI MINORENNI E/O TUTELATI:*

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in  
via \_\_\_\_\_ in qualità di tutore del paziente inabilitato/genitore del paziente  
minorenne esercente la potestà genitoriale \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e residente  
in \_\_\_\_\_

Dichiara di essere stato informato esaurientemente in merito all'esame da eseguire, sulle indicazioni e gli eventuali rischi e le conseguenze che ne possono derivare. Confermo di aver compreso le spiegazioni che mi sono state fornite (attraverso questo foglio) e pertanto acconsento di sottopormi a questa procedura.

Firma del genitore/tutore \_\_\_\_\_ Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma del medico \_\_\_\_\_ Luogo e Data \_\_\_\_\_