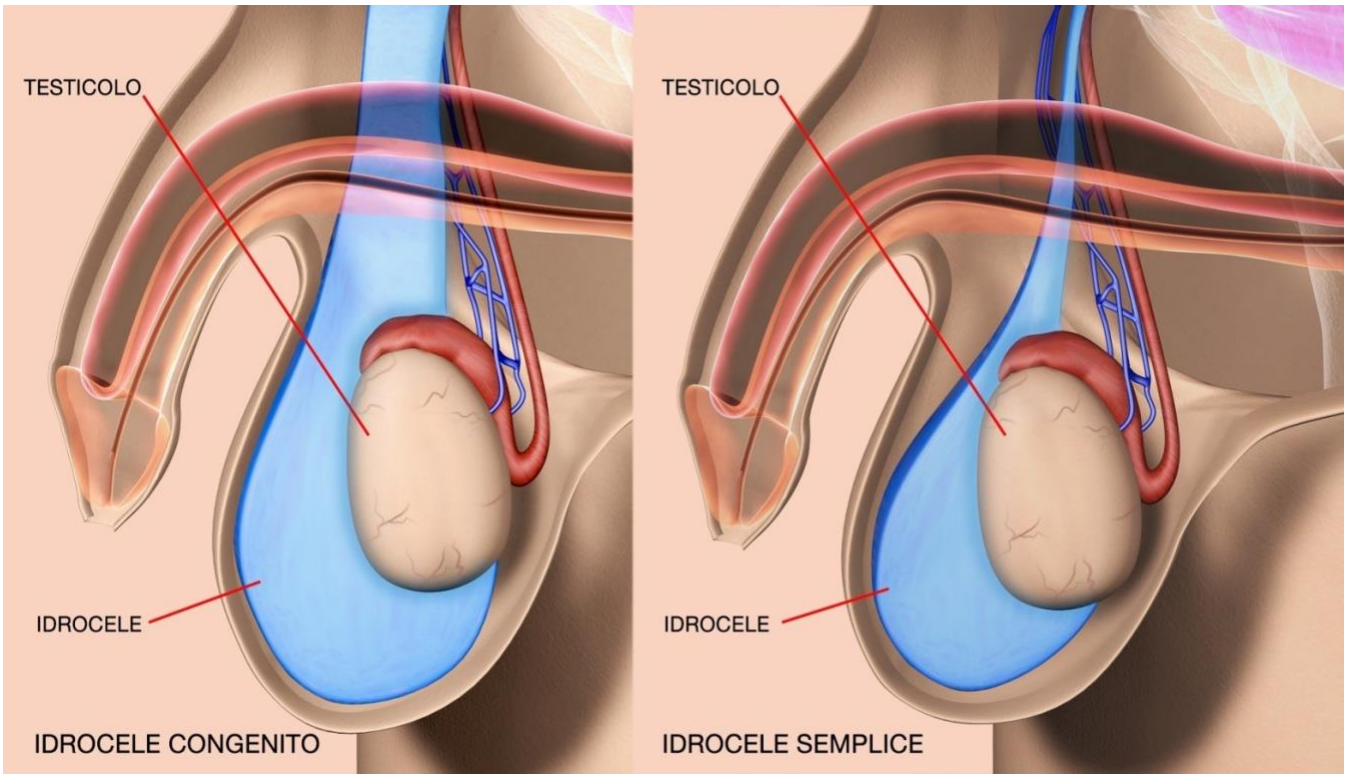
Casa di Cura Privata 'Di Lorenzo' spa
Sede legale • via V. Veneto, 37 - 67051 Avezzano (Aq)
Ingresso utenti • via G. Amendola, 22
tel • 0863.4281 fax • 0863.412446 email • info@dilorenzo.it www.dilorenzo.it
Direttore Sanitario • Dott. Angelo Petroni

CONSENSO INFORMATO PER INTERVENTO DI EVERSIONE/RESEZIONE DELLA TONACA VAGINALE PER IDROCELE



L'intervento descritto consiste nella eversione, resezione della tonaca vaginale che riveste il didimo e che intercetta una cavità virtuale che può diventare sede di raccolta di trasudato.

- **Benefici:**
  - risoluzione completa del quadro clinico con ripristino dell'aspetto originale della borsa scrotale;

- **Complicanze e/o rischi correlati all'intervento:**
  - infezione della ferita chirurgica con diastasi della sutura (la cicatrice chirurgica cede in un suo punto ed i suoi margini si separano);
  - emorragia dovuta a difetto di emostasi (un piccolo vaso riprende a sanguinare) con perdita di sangue all'esterno o all'interno (con formazione di ematoma che potrebbe richiedere il drenaggio chirurgico);

Casa di Cura Privata 'Di Lorenzo' spa
Sede legale • via V. Veneto, 37 - 67051 Avezzano (Aq)
Ingresso utenti • via G. Amendola, 22
tel • 0863.4281 fax • 0863.412446 email • info@dilorenzo.it www.dilorenzo.it
Direttore Sanitario • Dott. Angelo Petroni

- infezione/infiammazione del testicolo (orchiepididimite);
- parestesie scrotali (alterazioni temporanee della sensibilità cutanea dello scroto);

• **Possibili alternative:**

- drenaggio percutaneo (aspirazione del liquido tramite puntura dello scroto) con elevato rischio di recidiva (nuova formazione della raccolta liquida) e possibile rischio di infezione.

CONSENSO ALL'INTERVENTO DA PARTE DEL PAZIENTE

Io sottoscritto/a_____

Nato/a a _____, il _____,

dichiaro di essere stato informato in modo chiaro ed a me comprensibile dal

Dott._____
che per la patologia riscontratami è indicato l'intervento chirurgico illustrato.

Ciò premesso, dichiaro di essere stato invitato a leggere con molta attenzione il modulo di informazione sopra riportato che corrisponde, peraltro, a quanto ampiamente ed esaustivamente spiegatomi oralmente.
Dichiaro altresì, di avere ben compreso il significato di quanto mi è stato esposto e di non avere ulteriori chiarimenti da avanzare oltre a quelli che mi sono stati già forniti Consapevolmente acconsento al trattamento chirurgico propostomi e mi impegno a rispettare tutte le indicazioni ed i controlli consigliati nella lettera di dimissione

Firma del Medico:_____

Firma del Paziente:_____

Firma dei genitori o di chi esercita la tutela, verificata la loro identità (in caso di paziente minorenne):

_____