

CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DI BIOPSIA PROSTATICA TRANS-RETTALE ECOGUIDATA

Il suo Medico di fiducia L'ha inviata c/o questa Radiologia per eseguire un approfondimento diagnostico con prelievi bioptici multipli della prostata, poiché non esistono al momento metodiche alternative per accertare la presenza di una eventuale lesione prostatica.

Per tale motivo La preghiamo di voler leggere con attenzione questo modulo nel quale vengono fornite le informazioni circa la modalità di esecuzione dell'esame affinché Lei sia in grado di manifestare il Suo **CONSENSO INFORMATO** al Medico che esegue l'indagine.

A COSA SERVE E COME SI SVOLGE L'INDAGINE

Tale procedura viene eseguita per via trans-rettale utilizzando una sonda ecografica che consente l'esatta localizzazione dell'area da biopsiare, così da riuscire a prelevare un frammento microistologico che sarà successivamente esaminato al microscopio c/o l'Istituto di Anatomia e Istologia Patologica, per una diagnosi che consenta un corretto approccio terapeutico. Di solito vengono eseguiti almeno 12 prelievi. Prima della procedura viene eseguita una anestesia con iniezione locale di Lidocaina.

La biopsia prostatica trans-rettale ecoguidata è una procedura invasiva e pertanto, anche quando venga eseguita correttamente, possono verificarsi **alcune complicanze minori**:

- presenza di sangue nelle urine o nelle feci (solitamente per 1-2 giorni, talora fino a 7 giorni) o nel liquido seminale (anche dopo 3-4 settimane)
- dolori pelvici,
- febbre
- infezione urinaria.

Sono state descritte raramente complicanze maggiori (-1%) che richiedono un ricovero ospedaliero:

urosepsi, ritenzione urinaria, ematoma della parete rettale, peritonite

Al termine della procedura il Paziente resta disteso sul lettino, ove ha effettuato la procedura, per alcuni minuti, con posizionamento di ghiaccio secco nell'area interglutea.

Siccome i prelievi vengono effettuati per via trans-rettale, verrà prescritta **terapia antibiotica da eseguire per 7 giorni** (2 pastiglie/die). Saranno a tale fine consegnate al Paziente 3 pastiglie sia per la copertura per il giorno della procedura (2) e per la prima somministrazione del giorno successivo (1).

Verrà inoltre fornito un modulo firmato dal Medico Radiologo che il Paziente dovrà consegnare al proprio Medico per la prescrizione di tale farmaco per il restante periodo.

lo sottoscritto/a (nome) (cognome)	
nato/a il	

dichiaro di essere stato adeguatamente informato dal Medico Radiologo sulla procedura che sto per eseguire

Al fine dell'esecuzione della biopsia dichiaro di:

- essere in possesso del valore dell'INR eseguita in data e il valore della piastrinemia;
- non essere in trattamento anticoagulante o antiaggregante, ovvero, di averlo temporaneamente

sospeso;

- non essere allergico al lattice ed ai disinfettanti cutanei ed alla Lidocaina;
- non essere portatore di protesi cardiaca o affetto da valvulopatia, cardiopatia congenita, pregressa endocardite.

Ed inoltre, dopo aver discusso delle indicazioni, dell'assenza di procedure alternative e dei possibili effetti collaterali, accetto la procedura proposta dal mio Medico di fiducia (agobiopsia prostatica trans-rettale) che mi ha inviato c/o la Radiologia per l'esecuzione di essa.

E inoltre dichiaro:

- di essere stato esaurientemente informato dal Medico Radiologo sulla procedura che sto per eseguire e sugli eventuali rischi e conseguenze che da esso possono derivare
- confermo inoltre di aver ben compreso le spiegazioni che sono state fornite

e pertanto acconsento di sottopormi a questa procedura

Il Paziente	II Medico Radiologo
-	
Trieste, lì	
A USO INTERNO	
Il paziente è stato identificato per due volte con diversa mo	odalità.

Firma dell'operatore: Data