

Modulo di informazione per la plastica prepuziale e/o di allungamento del frenulo

La **fimosi** è la condizione in cui la pelle del prepuzio non si retrae sotto il glande, per cause congenite o cicatriziali; di solito coesiste anche la brevità del frenulo. L'intervento di plastica prepuziale si esegue in anestesia locale nell'adulto ed in anestesia generale nel bambino. Consiste in una incisione circolare del prepuzio asportandone la parte più stretta e suturandone i bordi; parimenti si seziona il frenulo suturandolo in modo da allungarlo.

Complicanze possibili:

- Eccesso inestetico di cute per rimozione insufficiente;
- emostasi inadeguata responsabile di sanguinamenti o ematomi;
- necrosi della cute del pene;
- infezione della sutura.

Se è presente solo la brevità del frenulo si pratica solo la frenulotomia.

La dimissione avviene comunque in giornata.

La invitiamo pertanto, prima di prestare il Suo consenso scritto firmando il presente modulo, a chiarire con il medico che glielo sottopone ogni aspetto che non Le appare sufficientemente comprensibile.

Preso atto di quanto sopra richiamato confermo che il Dr. mi ha illustrato la natura del trattamento ed il metodo con il quale viene attuato, le problematiche cliniche che ne giustificano l'effettuazione, i rischi a esso connessi e le eventuali alternative possibili, nonché di aver preso visione dei contenuti della sezione informativa di questo documento e di aver avuto la possibilità di discuterne il testo.

Mi viene inoltre riferito:

- delle complicanze generali più frequenti;
- delle complicanze specifiche;
- del diritto di poter ritirare il mio consenso in qualsiasi momento senza fornire alcuna motivazione;
- che sarò visitato da un anestesista al fine di accertare che non sono presenti eventuali controindicazioni all'esecuzione dell'intervento;
- che durante l'intervento il mio ritmo cardiaco e la pressione arteriosa saranno tenuti costantemente sotto controllo.

Sono stato infine informato che la NON ESECUZIONE dell'intervento determina una incompletezza nella terapia.

Mi impegno pertanto fin da ora a seguire scrupolosamente tutte le istruzioni fornitemi, in quanto ne comprendo l'importanza per il raggiungimento dei risultati.

Mi viene confermato che sarò presente durante l'esecuzione della procedura personale qualificato a far fronte a qualsiasi necessità clinica e che verranno utilizzate le apparecchiature tecniche conformi alle necessità specifiche.

Certifico di essere maggiorenne. Nel caso in cui non avessi raggiunto la maggiore età, i miei genitori o chi esercita la tutela legale sulla mia persona firmerà unitamente a me il presente modulo dopo avere ricevuto le stesse informazioni che sono state a me date.

Io sottoscritto _____ nato il _____

letto quanto sopra con quanto allegato e ritenendo di averlo correttamente compreso e ottenuto i chiarimenti richiesti **ACCONSENTO** ad essere sottoposto a **INTERVENTO CHIRURGICO PER FIMOSI/FRENULO BREVIS**

data _____

firma del Paziente _____

sottoscrive il sanitario che ha raccolto il consenso e fornito le informazioni _____

P.S. Se ad essere sottoposto ad intervento è un minore di anni 14 fare firmare da entrambi i genitori o da chi ne ha la tutela legale. Se il minore ha più di 14 anni oltre alla firma dei genitori (o del tutore) deve firmare lo stesso minore.