



Modello di informazione per la vasectomia

La vasectomia consiste nella legatura e sezione del deferente. Tale procedura chirurgica determina un'interruzione della via seminale praticamente irreversibile in considerazione delle ridotte percentuali di successo delle tecniche di ricanalizzazione microchirurgica. L'intervento viene eseguito in anestesia locale e richiede due piccole incisioni chirurgiche a livello di ciascun emisacro interessato. Il deferente viene isolato, sezionato e occluso a livello dell'estremità testicolare e di quella addominale mediante legatura. Il successo dell'intervento in termini di sterilità viene valutato con l'esecuzione nelle settimane successive di due o più esami del liquido seminale. Il paziente deve utilizzare altri metodi contraccettivi fino all'avvenuto riscontro di 2 reperti consecutivi (dopo 4 e 8 settimane) di azoospermia (completa assenza di spermatozoi nel liquido seminale). Solo tale reperto consente di poter escludere una precoce ricanalizzazione di deferente. Il rischio di una ricanalizzazione tardiva (a distanza di tempo dall'avvenuto riscontro del duplice reperto di azoospermia) si può verificare in meno dello 0,1% dei casi.

Le complicanze precoci sono rappresentate dall'ematoma scrotale (2%), dall'orchiepididimite (3,4%) e da diastasi della ferita chirurgica (1%). La principale complicanza tardiva è rappresentata dalla comparsa del dolore scrotale cronico, che in una ridotta percentuale di casi può necessitare di una terapia chirurgica. I dati sull'ipotetico aumento del rischio di neoplasia della prostata nei pazienti vasectomizzati sono attualmente ritenuti controversi.

NOTE:.....
.....
.....

Consenso informato

Io sottoscritto, preso atto di tutte le informazioni, comprese quelle relative a possibili trattamenti diversi da quelli proposti, ritengo di aver ottenuto gli elementi indispensabili per giungere ad una scelta consapevole.

Pertanto, certo comunque che un mio eventuale rifiuto non comporta conseguenze per quanto riguarda la prosecuzione dell'assistenza secondo necessità, acconsento al trattamento proposto. Poiché sono a conoscenza del fatto che, dinanzi ad impreviste difficoltà, il medico potrebbe giudicare necessario modificare la procedura concordata, autorizzo sin d'ora il cambiamento del programma ma al solo scopo di fronteggiare l'urgenza delle eventuali complicanze, delle quali mi attendo comunque di avere al più presto spiegazioni adeguate.

DATA, Firma del Paziente: