

**Radiologia**  
**Sclerosi del varicocele**  
**ISTRUZIONI PER I PAZIENTI**

Il Sig. ....

si dovrà presentare il giorno ..... alle ore .....

presso la **RADIOLOGIA dell'OSPEDALE DELL'ANGELO (PIANO-1; ASCENSORE D) -  
tel. 041 9657701 – 041 9657703**

con la seguente documentazione clinica (in assenza della quale non potrà essere erogata la prestazione):

- ✓ **Impegnativa** con la dicitura "Sclerosi varicocele dx o sx" cod. CVP 63.99.1 e "Flebografia spermatica" cod. CVP 88.65.4\_2
- ✓ **Modulo del Consenso Informato** per l'iniezione di mezzo di contrasto endovena, compilato dal Medico di Medicina Generale (vd. pag. 2)
- ✓ **Esami della coagulazione** (emocromo e INR)
  
- ✓ Inoltre il Paziente dovrà essere a **DIGIUNO DA ALMENO 6 ORE.**

Gentile Signore, la procedura di Radiologia Interventistica alla quale Lei verrà sottoposto si svolgerà come segue:

- ✓ in regime ambulatoriale presso la Sala Angiografica della Radiologia;
- ✓ con cateterismo selettivo della vena gonadica, previa una semplice iniezione analgesica al braccio destro (o all'inguine);
- ✓ la procedura è pressochè priva di rischio, salvo quello intrinseco all'accesso venoso e alle reazioni avverse alla somministrazione del mezzo di contrasto;
- ✓ al termine della procedura, della durata di circa 1 ora, Lei rientrerà presso la sala di attesa della TC, per un breve periodo di osservazione (circa due ore);
- ✓ in seguito potrà rientrare, accompagnato, a domicilio, ove è prescritto riposo per circa 24 ore, con ripresa di tutte le normali attività entro il quarto giorno a decorrere da quello della procedura.

Riceverà comunque precise istruzioni dal Medico Radiologo esecutore della procedura, sia per quanto riguarda possibili problematiche in corso di procedura che successive a questa (vd. modulo fornito al termine della prestazione).

Cordialmente.

**Il Direttore dell'U.O.C.**  
**Dr. Claudio Fittà**

Cognome e Nome .....

Data di nascita ..... Comune di nascita .....

Tessera sanitaria .....

Residenza .....

Diagnosi o quesito clinico .....

---

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere stato/a adeguatamente informato/a dal Medico:

- a) sulla necessità di sottoporsi ad esame con mezzo di contrasto iodato, indispensabile e insostituibile per la diagnosi o il trattamento della propria malattia;
- b) sulla possibilità che l'uso del mezzo di contrasto causi fenomeni di intolleranza non prevedibili;
- c) sulle implicazioni di un accesso venoso al cubito o femorale.

**Accetta pertanto il rischio che l'espletamento dell'esame comporta e le decisioni che possono essere prese per una sua miglior riuscita.**

Finalità, modalità di esecuzione e rischi inerenti all'esame diagnostico o terapeutico cui deve essere sottoposto verranno ulteriormente illustrati dal Medico Radiologo esecutore.

.....  
Firma del Medico di Medicina Generale

.....  
Firma del Paziente  
(o dei Genitori se minorenni)