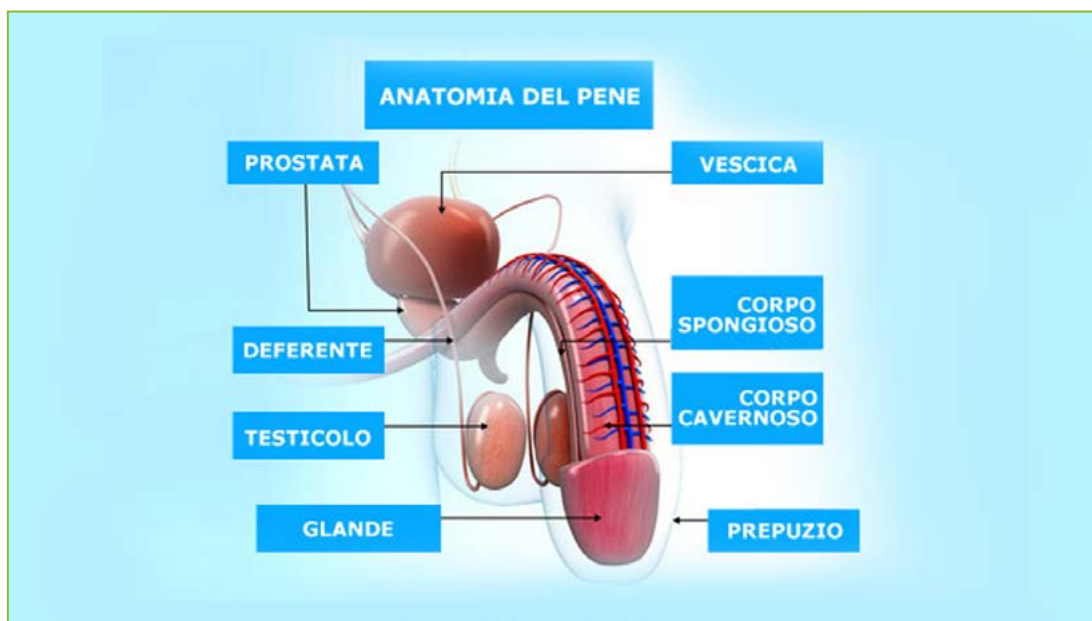


# ESECUZIONE DI ECOCOLORDOPPLER PENIENO DINAMICO



**L'ecocolor Doppler penieno dinamico (ECD dinamico)** è un esame diagnostico ambulatoriale utilizzato per una valutazione morfo-funzionale del pene. L'ecografia valuta infatti la morfologia delle strutture che compongono il pene, mentre il color Doppler fornisce informazioni sulla vascolarizzazione del pene. Questo esame è indicato essenzialmente nello studio della disfunzione erettiva e degli incurvamenti penieno. L'indagine inizia con l'iniezione di un farmaco vasodilatatore (Alprostadil 5-20 mcg) all'interno dei corpi cavernosi, cui segue un'attesa di circa 10 minuti per consentire al farmaco stesso di favorire l'erezione, necessaria per una corretta valutazione della vascolarizzazione peniena.

## Possibili effetti indesiderati della procedura:

- Secondari all'azione del farmaco nella sede di iniezione: bruciore-dolore (fino al 30% dei casi), ecchimosi/ematoma cutaneo e sottocutaneo (3%).
- Priapismo: erezione dolorosa e prolungata oltre le 6 ore in assenza di stimolazione sessuale (0.4%). Nel caso in cui l'erezione perduri oltre le 4 ore nonostante l'applicazione di ghiaccio, è consigliabile rivolgersi presso il P.S. di un ospedale in cui è presente un servizio di Urologia
- Fibrosi peniena: l'iniezione del farmaco può solo eventualmente peggiorare le manifestazioni cliniche di una fibrosi peniena già esistente

Gentile Sig. ....

Oggi è stato informato sulla patologia e sui motivi che richiedono l'esecuzione di:

## ECOCOLORDOPPLER PENIENO DINAMICO

E' stato altresì informato sulle possibili modalità di esecuzione dell'esame e sui principali effetti indesiderati.

Nel periodo di tempo che la separa dall'esame avrà modo di leggere con attenzione questo modulo informativo e potrà, per qualsiasi dubbio, **chiedere spiegazioni contattando il proprio specialista di fiducia.**

Il suo esame sarà programmato presso:

.....

La segreteria di questa struttura le comunicherà la data e l'orario dell'esame.

Data rilascio modulo informativo: .....

Firma Medico: ..... Firma Paziente: .....

**RICONSEGNERÀ QUESTO MODULO INFORMATIVO FIRMATO IL GIORNO DELLA PROCEDURA**