DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA POSTIOPLASTIA (CIRCUNSICIÓN)

PACIENTE:

EDAD: **DNI:**

FECHA OP:

DECLARO

Que el Doctor……., me ha explicado que es conveniente proceder en mi situación a una POSTIOPLASTIA (CIRCUNSICIÓN).

1.- Mediante este procedimiento se pretende resecar la zona del prepucio que impide su normal retracción.

La realización del procedimiento puede ser filmada con fines científicos o didácticos.

2.- El médico me ha explicado que el procedimiento requiere la administración de anestesia de cuyos riesgos me informará el servicio de anestesia.

3.- Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento, la hemorragia postoperatoria que suele ser de muy poco volumen, hematomas, infección y/o inflamación del pene, posibilidad de cicatrices antiestéticas, Incurvación del pene por retracción cicatrizal, lesión uretral con aparición de fístulas, aumento o disminución de la ensibilidad del glande de intensidad variable, infecciones, dolor, reacciones vagales de intensidad variable que pueden llevar a la pérdida de conocimiento, reacciones alergicas

El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo de mortalidad.

4.- El médico me ha explicado que para la realización de esta técnica puede ser necesaria una preparación previa, en ocasiones con peculiaridades aunque puede ser posible su realización sin una preparación completa.

También me ha explicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

Por mi situación actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada...) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones.

5.- El médico me ha explicado que la alternativa es el tratamiento local pero que en mi caso la mejor alternativa es la postioplastia (circunsición).

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones

CONSIENTO

Que se me realice POSTIOPLASTIA (CIRCUNSICIÓN).

Fdo: El/la Médico Fdo: El Paciente Fdo: El representante legal, familiar o allegado