

|                    |              |                             |              |
|--------------------|--------------|-----------------------------|--------------|
| <b>SERVICIO:</b>   |              | <b>Nº Historia Clínica:</b> |              |
| <b>Unidad:</b>     |              | <b>Nombre Paciente:</b>     |              |
| <b>Habitación:</b> | <b>Cama:</b> | <b>Fecha Nacimiento:</b>    | <b>Sexo:</b> |

## CONSENTIMIENTO INFORMADO DE CIRUGÍA DE AMPUTACIÓN DE PENE ESPECIALIDAD DE UROLOGÍA

\*¿DESEO SER INFORMADO sobre mi enfermedad y la intervención que me van a realizar?

|  |            |              |              |
|--|------------|--------------|--------------|
| <b>DESEO QUE LA INFORMACIÓN</b> de mi enfermedad y la intervención que me van a realizar le sea proporcionada a mi familiar / tutor / representante legal:   |            |              |              |
| <b>NOMBRE APELLIDOS (Paciente)</b>   | <b>DNI</b> | <b>FIRMA</b> | <b>FECHA</b> |
| De acuerdo al art. 9 de la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre " <b>MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO</b> " para que se lleve a cabo el procedimiento descrito en este documento |            |              |              |
| <b>NOMBRE APELLIDOS (Paciente)</b>   | <b>DNI</b> | <b>FIRMA</b> | <b>FECHA</b> |

### IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Este tipo de intervención se realiza para extirpar lesiones de tipo tumoral que asienten sobre el pene o prepucio y consiste en la extirpación total de la zona afectada junto con un margen de seguridad.

Se realiza con anestesia general o loco-regional.

Esta intervención no influye en la mejora de la erección ni en la calidad de micción.

### OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

La finalidad del procedimiento consiste en el adecuado diagnóstico y resolución del proceso.

### ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

Radioterapia.

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Extirpación de la lesión y su estudio anatomopatológico.

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

Avance de la enfermedad con agravamiento e imposibilidad posterior, en ocasiones, de tratamiento curativo.

### RIESGOS FRECUENTES

1. Durante la intervención se pueden producir hemorragias excesivas o apertura del conducto uretral con la consiguiente producción de fístulas.
2. Pérdida parcial o total de la sensibilidad del tronco del pene o del glande.
3. Acortamiento del pene (prácticamente en el 100% de los casos)
4. Estrechamiento de la uretra.
5. Dolor persistente.
6. Necrosis perito-perineal.
7. Irregularidades de la zona de sutura del cuerpo cavernoso, que pueden molestar para las ulteriores relaciones sexuales.
8. Requiere colocación de sondas uretrales o suprapúbicas.
9. Infección de herida quirúrgica, cuya complicación puede conducir a la pérdida del órgano.
10. Intolerancia al material de sutura empleado, con necesidad de reintervención para retirar dicho material.

### RIESGOS POCO FRECUENTES, CUANDO SEAN DE ESPECIAL GRAVEDAD Y ESTÉN ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO POR CRITERIOS CIENTÍFICOS

#### C. INFORMADO DE CIRUGÍA DE AMPUTACIÓN DE PENE

**RIESGOS Y CONSECUENCIAS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE Y DE SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES**
**CONTRAINDICACIONES**

|  |            |              |              |
|--|------------|--------------|--------------|
| <b>PACIENTE</b>  |            |              |              |
| D/D <sup>a</sup>   |            |              |              |
| <b>DECLARO</b> que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento |            |              |              |
| <b>NOMBRE / APELLIDOS</b>  | <b>DNI</b> | <b>FIRMA</b> | <b>FECHA</b> |
| <b>FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE</b>  |            |              |              |
| D/D <sup>a</sup>   |            |              |              |
| <b>DECLARO</b> que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento |            |              |              |
| <b>TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE</b>  | <b>DNI</b> | <b>FIRMA</b> | <b>FECHA</b> |
| <b>MÉDICO RESPONSABLE DR D/D<sup>a</sup></b>   |            |              |              |
| <b>DECLARO</b> haber informado al paciente y al familiar, tutor o representante del mismo del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles del mismo.   |            |              |              |
| <b>MÉDICO RESPONSABLE</b>  | <b>DNI</b> | <b>FIRMA</b> | <b>FECHA</b> |