

SERVICIO:		Nº Historia Clínica:	
Unidad:		Nombre Paciente:	
Habitación:	Cama:	Fecha Nacimiento:	Sexo:

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE CIRUGÍA DE INCURVACIÓN PENEANA / PEYRONIE ESPECIALIDAD DE UROLOGÍA

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

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

IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Este tipo de intervención consiste en la reparación quirúrgica de la curvatura del pene, tiene dos objetivos:

1. Enderezamiento.
2. Posibilitar las relaciones sexuales por la reducción de la curvatura

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

La finalidad del procedimiento consiste en la compensación de la incurvación produciendo quirúrgicamente una plicatura en el cuerpo cavernoso sano. e insistiendo en que el procedimiento, no sólo no mejora, sino que puede deteriorar la erección en un 30% de los casos.

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

1. Inyecciones intraplaca de sustancias antiinflamatorias, etc.
2. Abstención terapéutica. Conocidos estos detalles e insistiendo en que el procedimiento, no sólo no mejora, sino que puede deteriorar la erección en un 30% de los casos.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

1. Estético.
2. Posibilitar las relaciones sexuales con la reducción de la curvatura.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

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

RIESGOS FRECUENTES

1. No conseguir la rectificación completa del pene por progresión de la placa de la enfermedad de base o producción de fibrosis postoperatoria.
2. Durante la intervención se pueden producir hemorragias excesivas o apertura del conducto uretral con la consiguiente producción de fístulas.
3. Disminución de capacidad eréctil como complicación potencial del procedimiento, existiendo un 30% de posibilidades de que la capacidad sexual sea incluso peor después de la intervención.
4. Pérdida parcial o total de la sensibilidad del tronco del pene o del glande.
5. Acortamiento del pene (prácticamente en el 100% de los casos).
6. Irregularidades de la zona de sutura del cuerpo cavernoso, que pueden molestar para las posteriores relaciones sexuales.
7. Requiere colocación de sondas uretrales o suprapúbicas.

C. INFORMADO DE CIRUGÍA DE INCURVACIÓN PENEANA / PEYRONIE

8. Infección de herida quirúrgica, cuya complicación puede conducir a la pérdida del órgano.
9. 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

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

CONTRAINDICACIONES

PACIENTE			
D/D ^a			
DECLARO 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			
NOMBRE / APELLIDOS	DNI	FIRMA	FECHA
FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE			
D/D ^a			
DECLARO 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			
TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE	DNI	FIRMA	FECHA
MÉDICO RESPONSABLE DR D/D^a			
DECLARO 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.			
MÉDICO RESPONSABLE	DNI	FIRMA	FECHA