

|                    |              |                             |              |
|--------------------|--------------|-----------------------------|--------------|
| <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 ESTUDIOS RADIOLÓGICOS DE DISFUNCIÓN ERÉCTIL CON PROSTAGLANDINA E1 ESPECIALIDAD DE RADIO DIAGNÓSTICO

\*¿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 "MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO" 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

Los estudios radiológicos con PROSTAGLANDINA E1 consisten en la realización de una ecografía o cavernosografía en los que se utiliza un líquido medicamento denominado prostaglandina que produce vasodilatación y que permite el estudio de su problema sin o con (medio de contraste) generalmente iodados. Para la administración de este, se le pinchará en el cuerpo cavernoso (pene) con una aguja muy fina, a través de la cual se introduce el líquido. A continuación se realizan las calcografiarías o radiografías.

La exploración no necesita anestesia y su duración es variable, pueden producirse efectos secundarios a la medicación o al pinchazo, y si se usa contraste iodado reacciones alérgicas.

En cualquier caso, si ocurriera cualquier complicación no dude que todos los médicos de este hospital están dispuestos para solucionarlas.

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

Los resultados que se obtienen de la realización de las distintas pruebas compensan los posibles riesgos que a veces suceden.

### ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

En la actualidad algunas de estas exploraciones se podrían sustituir por una ecografía o por resonancia magnética.

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Lograr un diagnóstico radiológico lo más preciso posible.

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

Ausencia de identificación del problema que le aqueja.

### RIESGOS FRECUENTES

- Erección dolorosa.
- Rotura de la vía periférica en la punción, hematoma, reacciones adversas como calor, oracional, sensación de pérdida de orina, etc.

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

Por la prostaglandina:

- Priapismo, que puede requerir extracción de sangre del pene o incluso la embolización.
- Fibrosis cavernosa o enfermedad de Peyronie.

### **C. INFORMADO DE ESTUDIOS RADIOLÓGICOS DE DISFUNCIÓN ERÉCTIL CON PROSTAGLANDINA E1.**

Por el medio de contraste yodado :

- Reacciones alérgicas que pueden ser:
- Leves, como náusea, picores o lesiones de la piel.
- Raramente graves, como alteraciones de los riñones.
- Excepcionalmente, la muerte (1 de cada 100.000 personas).

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

- Relacionados con la situación de cada paciente: (cardiotónica isquemia ,diabetes ,etc).

**CONTRAINDICACIONES**

Alergia a contrastes odiados, alergia a prostaglandina , enfermedad de Peyronie,, fibrosis o tendencia al priapismo por anemia falciforme , Mieloma , deformidad del pene, implantes , leucemia, y pacientes con contraindicación médica expresa de la actividad sexual .

|   |            |              |              |
|---|------------|--------------|--------------|
| <b>PACIENTE</b>   |            |              |              |
| D/D <sup>a</sup>  |            |              |              |
| 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 |            |              |              |
| <b>NOMBRE / APELLIDOS</b>   | <b>DNI</b> | <b>FIRMA</b> | <b>FECHA</b> |
|   |            |              |              |
| <b>FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE</b>   |            |              |              |
| D/D <sup>a</sup>  |            |              |              |
| 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 |            |              |              |
| <b>TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE</b>   | <b>DNI</b> | <b>FIRMA</b> | <b>FECHA</b> |
|   |            |              |              |
| <b>MÉDICO RESPONSABLE DR D/D<sup>a</sup></b>  |            |              |              |
| 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.   |            |              |              |
| <b>MÉDICO RESPONSABLE</b>   | <b>DNI</b> | <b>FIRMA</b> | <b>FECHA</b> |
|   |            |              |              |