

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE HIPOSPADIAS 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

Esta intervención consiste en una reparación quirúrgica para *construir un pene "normal"*, consiste en un estiramiento del pene con reposición del meato y la reconstrucción de una uretra de calibre uniforme.

Tiene 3 objetivos: mejoría estética, miccional y de la erección.

Esta intervención suele realizarse bajo anestesia general.

La técnica quirúrgica puede ser muy variada dependiendo de la localización del meato hipospádico, de las condiciones del tejido, de las intervenciones anteriores y de las preferencias del cirujano. La última decisión debe tomarla muchas veces el propio cirujano en el acto quirúrgico.

Se requiere la evolución de una talla vesical durante un período aproximado de 3 semanas.

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

Abstención terapéutica.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

1. La rectificación de la incurvación del pene, si la hubiera.
2. La ubicación del meato uretral en una posición próxima a la fisiológica.
3. La normalización de la micción y la erección.

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, persistiendo cierto grado de incurvación peneana producida por fibrosis postoperatoria.
2. Que el nuevo meato uretral no pueda ubicarse en el vértice del glande.
3. No conseguir mejoría en la calidad miccional.
4. Precisar varios tiempos quirúrgicos (varias intervenciones) para conseguir los objetivos iniciales.
5. Durante la intervención se pueden producir hemorragias excesivas y apertura del conducto uretral.
6. Retención urinaria en el postoperatorio.
7. Es frecuente la aparición de fistulas uretrales que precisan de nuevas intervenciones quirúrgicas para su reparación.
8. Aparición a veces de forma tardía, de estenosis uretral o del meato, que también requerirá otras intervenciones
9. Formación de divertículos y de redundancias en el conducto uretral.

10. En ocasiones, según el tipo de piel utilizado para la reparación, es posible el crecimiento de pelo dentro del conducto uretra apareciendo infecciones urinarias y la formación de cálculos. Precisaré la extracción endoscópica del pelo y fulguración de los folículos. Más a menudo es necesario sustituir el segmento uretral afectado.

11. Después de la intervención quirúrgica la apariencia estética del pene difiere de la normalidad, desde el punto de vista cosmético.

12. Disfunciones sexuales.

13. Infección de la herida operatoria.

14. Mala cicatrización de las heridas operatorias e incluso en ocasiones necrosis de los injertos utilizados.

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