

<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 IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS DE IMPOTENCIA 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 "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

La disfunción eréctil o impotencia puede ser tratada de varias formas dependiendo de la causa que la origina.

Vd. ya ha sido informado de ellas y ha decidido de acuerdo con sus preferencias y criterios médicos expuestos, la colocación de una prótesis peneana.

Esta prótesis produce la rigidez del pene de forma permanente u ocasional dependiendo del tipo de estas, apropiada para realizar el coito.

No altera la sensibilidad del pene, ni recupera la eyaculación ni el orgasmo si estos no estaban presentes previamente.

Por otra parte, no altera estas funciones cuando son normales.

Tampoco provoca cambios en el glande, salvo que existan complicaciones.

Las prótesis peneanas son unos cilindros semirrígidos o inflables de diferentes tamaños, de material biocompatible y por lo tanto habitualmente bien tolerados.

Se colocan dentro de los cuerpos cavernosos mediante una intervención de gravedad moderada.

Para llegar a los cuerpos cavernosos se realiza una incisión en el pene o en la zona perineal o pubiana.

La implantación se realiza habitualmente con anestesia locorregional.

La estancia postoperatoria suele ser de dos a cuatro días.

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

La finalidad del procedimiento consiste en el adecuado diagnóstico y resolución del problema de erección.

### ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

Inyecciones intracavernosas. Prótesis de vacío. Revascularización.

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Restaurar una erección capaz de devolver una relación psicosexualmente satisfactoria.

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

Continuar con la disfunción eréctil

### RIESGOS FRECUENTES

1. No conseguir una erección satisfactoria.
2. Fallo mecánico de alguno de los componentes de la prótesis.
3. Perforación de la albugínea distal.
4. Retirada de la prótesis por un proceso infeccioso.

5. Problemas y complicaciones derivadas de la herida quirúrgica como hemorragias, infección, neuralgias, fístulas, etc. que conllevan la retirada de la prótesis.

**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**

<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>