

Espacio reservado para a la **ETIQUETA IDENTIFICATIVA.**

Los datos personales se recaban al final del documento

EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE

Este procedimiento consiste en corregir la curvatura anómala del pene.

CÓMO SE REALIZA

Esta cirugía precisa anestesia, de cuyos riesgos le informará el anestesiólogo.

El procedimiento se realiza mediante una o varias incisiones en el pene, corrigiendo la curvatura con unos puntos de sutura en el lado contrario a la incurvación o un injerto de tejido en el mismo lado tras extirpación de la placa fibrosa, para corregirla. La técnica a elegir dependerán de cada caso.

Habitualmente se elimina el prepucio para realizar la intervención. Puede requerir, aunque es improbable, el uso de sangre y/o hemoderivados.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

La recuperación después de esta intervención suele ser corta. Es posible que tenga molestias en la zona intervenida que pueden precisar el uso de analgésicos y antibióticos.

Tras la intervención es frecuente un acortamiento de la longitud del pene y puede notar los puntos de sutura debajo de la piel.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

Mejoría del defecto estético y facilitar las relaciones sexuales.

OTRAS ALTERNATIVAS

El tratamiento de la incurvación de pene congénita es exclusivamente quirúrgico.

En la incurvación de pene en la edad adulta existen otras alternativas como el tratamiento con medicamentos por vía oral, así como inyecciones de determinadas sustancias en la placa fibrosa del pene, pero en su caso la alternativa más recomendable es la cirugía.

En su caso: _____.

QUÉ RIESGOS TIENE

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

➤ **LOS MÁS FRECUENTES:**

- *Problemas derivados de la herida quirúrgica del tipo de hematoma, infección y/o inflamación.*

➤ **LOS MÁS GRAVES:** *Suelen ser los menos frecuentes.*

- *Problemas derivados de la herida quirúrgica: infección, apertura de los puntos de sutura, fístulas temporales o permanentes, defectos estéticos derivados de algunas de las complicaciones anteriores o procesos cicatriciales anormales, intolerancia a los materiales de sutura, que puede precisar reintervención para su extracción, aumento (hiperestésias) o disminución (hipoestésias) de la sensibilidad de la zona, y/o molestias dolorosas (neuralgias).*
- *Posibilidad de necrosis cutánea.*
- *Lesiones uretrales.*
- *Disminución de la capacidad para mantener la erección.*
- *Erección prolongada tras la cirugía que requiera tratamiento añadido.*
- *Hemorragia tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio cuyas consecuencias y gravedad pueden ser muy diversas dependiendo de su intensidad oscilando desde una gravedad mínima hasta la posibilidad cierta de riesgo para su vida. Pudiendo precisar la utilización de sangre y/o productos derivados de la misma (hemoderivados).*
- *Sepsis e infección generalizada, que puede resultar grave.*
- *Reacciones alérgicas o efectos secundarios a los medicamentos que es preciso administrarle.*
- *Puede ser que no se consiga corregir la curvatura de forma completa.*

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, con riesgo para su vida.

Consentimiento Informado *Incurvación de pene*

➤ LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD: _____.

SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA

Pueden existir circunstancias que aumenten la frecuencia y gravedad de riesgos y complicaciones. Estas circunstancias deben ser comunicadas a su médico, para que sean valoradas.

Es importante conocer sus posibles alergias a medicamentos, si tiene alteraciones de la coagulación de la sangre y las enfermedades que padezca. Comunique también los medicamentos que esté tomando

OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS

De acuerdo con la información que antecede, así como la que me ha sido prestada de forma oral y las contestaciones a mis preguntas.

Confirmando que me ha sido explicado en palabras comprensibles para mí la naturaleza del procedimiento, su descripción, los objetivos perseguidos, las alternativas, así como las molestias y dolores que puedo sentir y las consecuencias o secuelas y complicaciones que pueden surgir.

Confirmando asimismo que estoy satisfecho con la información recibida, que he podido formular todas las preguntas que he creído conveniente, que me han sido aclaradas todas las dudas planteadas y que se me informa sobre mi derecho a solicitar una copia firmada del documento.

Reconozco que en el curso del procedimiento pueden surgir situaciones imprevistas que hagan necesaria un cambio de lo planeado y acordado y, si en ese supuesto no pudiera obtenerse mi consentimiento o el de mis familiares o representantes, doy mi expresa autorización para el tratamiento de tales situaciones de la forma que el equipo médico crea conveniente o necesario, incluyendo la realización de intervenciones quirúrgicas, biopsias y pruebas de diagnóstico, transfusiones de sangre y hemoderivados y la administración de sueros y fármacos. Autorizo igualmente a que se solicite la necesaria ayuda de otros especialistas.

Confirmando que conozco que el consentimiento que presto puede ser revocado y retirado por mí libremente.

Reconozco asimismo a que la medicina y la cirugía no son unas ciencias exactas, que nadie puede garantizar los resultados del procedimiento, y que en modo alguno me ha sido dada tal garantía.

Confirmando que no he omitido ni alterado datos de mi historial y antecedentes clínico-quirúrgicos, especialmente en lo que se refiere a alergias, hábitos, enfermedades y riesgos personales.

Se me informa que Grupo Hospitalario Quirón, S.A. es el responsable del fichero en el que los datos personales recabados serán tratados confidencialmente con la única finalidad de poder prestarle asistencia sanitaria. En el caso de que los servicios recibidos deban ser abonados por una mutua, aseguradora o Administración Pública sus datos podrán ser cedidos a éstas para su facturación; si se opone a la cesión, estas entidades podrían rehusar el pago de los servicios recibidos, correspondiéndole a usted su abono. Tiene derecho a acceder, cancelar, rectificar u oponerse al tratamiento de sus datos dirigiéndose a Grupo Hospitalario Quirón, S.A., Apartado de Correos nº 57060, 28223 Pozuelo de Alarcón (Madrid).

Y, en su consecuencia,

CONSIENTO libre, expresa y voluntariamente a ser sometido a **INCURVACIÓN DE PENE.**

En _____, a _____ de _____ de _____

Consentimiento Informado *Incurvación de pene*

PACIENTE o REPRESENTANTE LEGAL D/Dña. D.N.I. Fdo.	MÉDICO Dr. / Dra. Nº Colegiado Fdo.
---	---

TESTIGO (sólo para el supuesto en el que el paciente, aún estando consciente, se encuentra impedido físicamente para firmar) Yo, Don / Doña

_____ con DNI _____, manifiesto que el paciente ha leído (o, en su caso, le ha sido leído el texto de este consentimiento) y que éste ha expresado, verbalmente o mediante signos, su consentimiento expreso.

Firma Testigo

Denegación o Revocación

D./D^a. _____, después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación / revocación (táchese lo que no proceda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

En _____, a _____ de _____ de _____

PACIENTE o REPRESENTANTE LEGAL D/Dña. D.N.I. Fdo.	MÉDICO Dr. / Dra. Nº Colegiado Fdo.
---	---

TESTIGO (sólo para el supuesto en el que el paciente, aún estando consciente, se encuentra impedido físicamente para firmar) Yo, Don / Doña

_____ con DNI _____, manifiesto que el paciente ha leído (o, en su caso, le ha sido leído el texto de este consentimiento) y que éste ha expresado, verbalmente o mediante signos, su denegación/revocación.