

## **DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

1. **¿Qué es?:** Es una técnica realizada sobre el pene destinada a corregir un frenillo prepucial corto o que sin serlo produce molestias importantes que dificultan o no permiten las relaciones sexuales con penetración o coito.
2. **¿Cómo se realiza?:** La intervención quirúrgica se realiza bajo anestesia local y consiste en un alargamiento del frenillo mediante su sección y posterior sutura. Tras la cirugía los puntos se reabsorben en un plazo variable de un mes.
3. **¿Cuáles son sus riesgos?:** A pesar de la adecuada indicación de la técnica y de su realización pueden presentarse riesgos:
  - **Frecuentes (más del 10%):** molestias transitorias en la zona, sangrado leve.
  - **Infrecuentes (menos de 10%): reacciones alérgicas** al anestésico local, que pueden llegar a producir shock anafiláctico; complicaciones locales: **fístula urinaria**, **infección** o **sangrado** de la herida; **cicatrización anómala con fibrosis** e incluso **necesidad de una segunda cirugía** por retracción de la zona operada: **estenosis (estrechez) del meato uretral**; **dolor** variable; alteraciones sensitivas **retención urinaria transitoria**; **coito doloroso**.
4. **Consecuencias previsibles de su realización:** La corrección del frenillo corto con la mejora de los síntomas que provocaron la cirugía.
5. **Consecuencias previsibles de su no realización:** Que persistan las dificultades para la actividad coital con posibilidad de rotura del frenillo.
6. **Alternativas:** Pomadas anti-inflamatorias o de corticoides pero que suelen producir (excepto en niños muy pequeños) resultados dispares.
7. **Riesgos en función de la situación del paciente:** La toma de fármacos anticoagulantes (como Sintrom, Apixabán) o antiagregantes (como Aspirina o Adiro) puede condicionar un mayor riesgo de sangrado. Por otro lado la presencia previa de infección urinaria puede favorecer las complicaciones posteriores.

**Es absolutamente necesario que nos informe de posibles alergias** medicamentosas, **alteraciones de la coagulación**, **enfermedades concomitantes**, o **medicaciones** actuales.



**GENERALITAT  
VALENCIANA**

Conselleria de Sanitat  
Universal i Salut Pública

**UROLOGÍA  
FRENULOPLASTIA**

**DECLARACION DE INFORMACION Y CONSENTIMIENTO**

**DATOS PACIENTE**

APELLIDOS		NOMBRE		DNI	FECHA DE NACIMIENTO
Nº SIP		DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)			CP
LOCALIDAD		PROVINCIA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	

**DATOS REPRESENTANTE LEGAL**

APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA NACIMIENTO	EN CALIDAD DE
-----------	--------	-----	------------------	---------------

**DATOS PROFESIONAL**

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORÍA PROFESIONAL	NÚM. COLEGIACIÓN
-----------	--------	-----------------------	------------------

DECLARO que:

- Se me ha explicado que es conveniente/necesario la realización de este procedimiento
- He comprendido la información recibida
- He podido formular todas las preguntas que he creído oportunas
- Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento

Por lo tanto:

Autorizo la realización de este procedimiento  No autorizo la realización de este procedimiento

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**REVOCACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN**

Manifiesto que por razones personales, renuncio al derecho a la información que me corresponde como paciente y expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello implique que no pueda dar mi consentimiento para someterme a la realización de esta intervención, tal como he prestado y firmado en el apartado anterior.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS**

He sido informado/a de que el procedimiento puede ser grabado y los datos utilizados con fines científicos y/o didácticos, asegurando siempre mi intimidad y mi anonimato. Por ello:

AUTORIZO:

Paciente / su representante:

Firma: \_\_\_\_\_

NO AUTORIZO:

Profesional sanitario/a:

Firma: \_\_\_\_\_

**REVOCACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS**

Revoco el Consentimiento prestado en la fecha indicada:

Paciente / su representante:

Firma: \_\_\_\_\_

Profesional Sanitario/a:

Firma: \_\_\_\_\_