



DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

1. **Què és?:** És un procediment per a ajudar al diagnòstic de les possibles alteracions causants de la impotència i com a tractament de la impotència. Aquest procediment també pot utilitzar-se per al diagnòstic de la incurvació del penis.
2. **Com es realitza?:** Mitjançant la injecció d'una substància vasodilatadora (augmenta la grandària dels vasos sanguinis) en el penis, prèvia desinfecció de la pell. Després de l'administració, cal esperar uns 10-15 minuts, aproximadament, per a valorar els efectes sobre l'erecció (augment de la rigidesa del penis després de l'administració). Es realitza en la mateixa consulta.
3. **Quins són els riscos?:**
 - **Freqüents (més del 10%):** no existeixen riscos que superen el 10% dels casos en administrar aquesta medicació en el penis.
 - **Infreqüents (menys de 10%):** **hemorràgia i hematoma** sota la pell del penis, **dolor** en la zona d'injecció, **hipotensió** i episodi de mareig secundari a la baixada tensional, **erecció permanent**, que és la complicació més freqüent. Si aquest quadre s'allarga més de quatre hores, cal que acudisca a urgències d'un hospital per a ser valorat. Aquestes complicacions habitualment es resolen amb tractament mèdic (medicaments, injeccions en el penis, sèrums, etc.), però poden arribar a requerir una intervenció, generalment d'urgència, fins i tot la col·locació d'una pròtesi de penis.
4. **Conseqüències previsibles de la realització:** Ajuda al diagnòstic del tipus i gravetat de la impotència, o bé de la curvatura de penis, així com conèixer la resposta a una alternativa en el tractament de la seua impotència, si altres fàrmacs no han funcionat.
5. **Conseqüències previsibles de la no-realització:** Dificulta el procés diagnòstic del problema de l'erecció, així com no valorar la resposta a un tractament alternatiu que potencialment pot millorar la seua funció erèctil si no respon a altres fàrmacs.
6. **Alternatives:**
 - Com a alternatives per al diagnòstic: existeixen altres proves com a anàlisis de sang i estudi de les ereccions nocturnes.
 - Com a alternatives al tractament amb injeccions intracavernoses: existeixen els medicaments orals, les pròtesis de penis, els dispositius de buit i la cirurgia vascular.
7. **Riscos en funció de la seua situació:** Possibles al·lèrgies medicamentoses, alteracions de la coagulació, malalties cardiopulmonars, existència de pròtesi, marcapassos, medicacions actuals (fàrmacs antiagregants o anticoagulants) o qualsevol altra circumstància poden augmentar la freqüència o la gravetat de riscos.

És absolutament necessari que ens informe de possibles al·lèrgies medicamentoses, alteracions de la coagulació, malalties concomitants, o medicacions actuals.

DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

DADES PACIENT

COGNOMS	NOM	DNI	DATA DE NAIXEMENT
NÚM. SIP	DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA)		CP
LOCALITAT:	PROVÍNCIA	TÈLFON	CORREU ELECTRÒNIC

DADES REPRESENTANT LEGAL

COGNOMS	NOM	DNI	DATA DE NAIXEMENT	EN QUALITAT DE
---------	-----	-----	-------------------	----------------

DADES PROFESSIONAL

COGNOMS	NOM	CATEGORIA PROFESSIONAL	NÚM. COL·LEGIACIÓ
---------	-----	------------------------	-------------------

DECLARE que:

- Se m'ha explicat que és convenient/necessària la realització d'aquest procediment
- He comprés la informació rebuda
- He pogut formular totes les preguntes que he considerat oportunes
- Se m'ha informat que en qualsevol moment puc revocar el meu consentiment

Per tant:

- Autoritze la realització d'aquest procediment No autoritze la realització d'aquest procediment

_____ , _____ de _____ de _____

Pacient / el/la seu/a representant

Professional sanitari/ària

Signatura: _____

Signatura: _____

REVOCACIÓ DE LA DECLARACIÓ D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

Revoque el consentiment prestat en la data indicada

_____ , _____ de _____ de _____

Pacient / el/la seu/a representant.

Professional sanitari/ària

Signatura: _____

Signatura: _____

RENÚNCIA AL DRET D'INFORMACIÓ

Manifeste que, per raons personals, renuncie al dret a la informació que em correspon com a pacient i expresse el meu desig de no rebre informació, en el moment actual, sobre el procés de la meua malaltia, sense que això implique que no puga donar el meu consentiment per a sotmetre'm a la realització d'aquesta intervenció, tal com he prestat i signat en l'apartat anterior.

_____ , _____ de _____ de _____

Pacient / el/la seu/a representant.

Professional sanitari/ària

Signatura: _____

Signatura: _____

UTILITZACIÓ D'IMATGES I VÍDEOS AMB FINALITATS CIENTÍFICS

He sigut informat/a que el procediment pot ser gravat i les dades utilitzades amb finalitats científiques i/o didàctics, assegurant sempre la meua intimitat i el meu anonim. Per això:

AUTORITZE:

NO AUTORITZE:

Pacient / el/la seu/a representant.

Professional sanitari/ària

Signatura: _____

Signatura: _____

REVOCACIÓ DE LA UTILITZACIÓ D'IMATGES I VÍDEOS AMB FINALITATS CIENTÍFICS

Revoque el consentiment prestat en la data indicada

Pacient / el/la seu/a representant.

Professional sanitari/ària

Signatura: _____

Signatura: _____