

## **DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

**1. ¿Qué es?:** La intervención quirúrgica pretende la eliminación de un nódulo del pene y la desaparición de los posibles síntomas derivados del mismo. La cantidad de tejido a extirpar depende del tamaño y localización.

**2. ¿Cómo se realiza?:** Bajo anestesia general (o si el nódulo es muy pequeño con anestesia local) se realiza una incisión en la piel del pene o peneoescrotal y se extirpa la lesión, con un margen de tejido sano de seguridad. Tras ello se cose la incisión para que el pene recupere, en la medida de lo posible, un aspecto normal.

**3. ¿Cuáles son sus riesgos?:**

- **Frecuentes (más del 10%):** Molestias transitorias en la zona, escozor miccional, infección urinaria, sangrado leve.
- **Infrecuentes (menos de 10%):** No conseguir la extirpación del nódulo de pene o la persistencia de la sintomatología previa, total o parcialmente; complicaciones locales: **infección, dehiscencia de la sutura o sangrado** de la herida; **cicatrización anómala con fibrosis** con necesidad de nueva cirugía; **dolor** variable; **fístula uretral** (comunicación del conducto uretral al exterior con incontinencia persistente); **retención urinaria transitoria o permanente** que pudiera precisar nuevos procedimientos quirúrgicos; **neuralgias** (dolores nerviosos), **hiperestesias** (aumento de la sensibilidad) o **hipoestesias** (disminución de la sensibilidad); **coito doloroso o anorgasmia**; **estenosis uretral** cuando la resección está cercana al meato uretral; **tromboembolismos venosos** cuya gravedad depende de la intensidad del proceso.

**4. Consecuencias previsibles de su realización:** La eliminación del nódulo peneano.

**5. Consecuencias previsibles de su no realización:** Persistencia de la sintomatología y progreso de la enfermedad.

**6. Alternativas:** Observación (sin posibilidad de prever la progresión de la enfermedad).

**7. Riesgos en función de su situación:** La toma de anticoagulantes (como *Sintrom*, *Apixabán*) o antiagregantes (como *Aspirina* o *Adiro*) puede condicionar un mayor riesgo de sangrado

**Recuerde que debe informar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades concomitantes, o medicaciones actuales.**

**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	CATEGORIA PROFESIONAL	NUM. 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:

NO AUTORIZO:

Paciente / su representante:

Profesional sanitario/a:

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

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

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

Revoco el Consentimiento prestado en la fecha indicada:

Paciente / su representante:

Profesional Sanitario/a:

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

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