

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. **¿Qué es?:** Es el corte de la piel del escroto o del pene cuando está ocupada por pequeños quistes de grasa.
2. **¿Cómo se realiza?:** La intervención quirúrgica, habitualmente bajo anestesia local, se realiza mediante la extirpación de un segmento o trozo de piel del pene/escroto que contienen el/los quistes sebáceos o de grasa y su posterior sutura si fuera necesario
3. **¿Cuáles son sus 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: **infección, sangrado** de la herida; **cicatrización anómala con fibrosis** e incluso necesidad de una segunda cirugía por retracción de la zona operada; **problemas por lesión local de los nervios** como dolores, **hiperestésias** (aumento de la sensibilidad) o **hipoestésias** (disminución de la sensibilidad); **dolor** variable; **retención urinaria transitoria**. En ocasiones los quistes pueden volver aparecer (**recidiva**) tras la extirpación.
4. **Consecuencias previsibles de su realización:** La eliminación de los quistes sebáceos con mejora de los síntomas que provocaron la cirugía.
5. **Consecuencias previsibles de su no realización:** Que persistan las molestias o el problema estético que motivó la consulta.
6. **Alternativas:** Observación, puesto que los quistes no presentan más problemas que las molestias y los problemas estéticos.
7. **Riesgos en función de la situación del paciente:** La toma de anticoagulantes (como Sintrom u otros) o antiagregantes (como Aspirina u otros) puede condicionar un mayor riesgo de sangrado. 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.

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	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: _____