

DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

1. Què és?: La intervenció quirúrgica pretén l'eliminació d'un nòdul del penis i la desaparició dels possibles símptomes derivats d'aquest. La quantitat de teixit a extirpar depén de la grandària i localització.

2. Com es realitza?: Sota anestèsia general (o si el nòdul és molt xicotet amb anestèsia local) es realitza una incisió en la pell del penis o peniescrotal i s'extirpa la lesió, amb un marge de teixit sa de seguretat. Després d'això es cus la incisió perquè el penis recupere, en la mesura que siga possible, un aspecte normal.

3. Quins són els riscos?:

- **Freqüents (més del 10%):** Molèsties transitòries en la zona, coïssor miccional, infecció urinària, sagnat lleu.
- **Infreqüents (menys de 10%):** No aconseguir l'extirpació del nòdul de penis o la persistència de la simptomatologia prèvia, totalment o parcialment; complicacions locals: **infecció, dehiscència de la sutura o sagnat** de la ferida; **cicatrització anòmala amb fibrosi** amb necessitat d'una nova cirurgia; **dolor** variable; **fístula uretral** (comunicació del conducte uretral a l'exterior amb incontinència persistent); **retenció urinària transitòria o permanent** que pot requerir nous procediments quirúrgics; **neuràlgies** (dolors nerviosos), **hiperestèsies** (augment de la sensibilitat) o **hipoestèsies** (disminució de la sensibilitat); **coit dolorós o anorgàsmia**; **estenosi uretral** quan la resecció és pròxima al meat uretral; **tromboembolismes venosos** la gravetat dels quals depén de la intensitat del procés.

4. Conseqüències previsibles de la realització: L'eliminació del nòdul penià.

5. Conseqüències previsibles de la no realització: Persistència de la simptomatologia i progrés de la malaltia.

6. Alternatives: Observació (sense possibilitat de preveure la progressió de la malaltia).

7. Riscos en funció de la seua situació: La presa d'anticoagulants (com Sintrom, Apixabán) o antiagregants (com Aspirina o Adiro) pot condicionar un major risc de sagnat.

Recorde que ha d'informar de possibles al·lèrgies medicamentoses, alteracions de la coagulació, malalties concomitants, o medicacions actuals.

DECLARACIÓ D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

DADES PACIENT

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

DADES REPRESENTANT LEGAL

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

DADES PROFESSIONAL

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

DECLARE que:

- Se m'ha explicat que és convenient/necessari la realització d'aquest procediment
- He comprés la informació rebuda
- He pogut formular totes les preguntes que he cregut 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

_____ d _____ de _____

Pacient / Representant:

Professional sanitari/ària:

Signatura: _____

Signatura: _____

REVOCACIÓ DE LA DECLARACIÓ D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

Revoque el consentiment prestat en la data indicada:

_____ d _____ de _____

Pacient / 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.

_____ d _____ de _____

Pacient / Representant:

Professional sanitari/ària:

Signatura: _____

Signatura: _____

UTILITZACIÓ D'IMATGES I VÍDEOS AMB FINS CIENTÍFICS

He sigut informat/ada que el procediment pot ser gravat i les dades utilitzades amb fins científics i/o didàctics, assegurant sempre la meua intimitat i anonimat. Per això:

AUTORITZE: NO AUTORITZE:

Pacient / Representant:

Professional sanitari/ària:

Signatura: _____

Signatura: _____

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

Revoque el consentiment prestat en la data indicada:

Pacient / Representant:

Professional sanitari/ària:

Signatura: _____

Signatura: _____