

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
CIRUGÍA DE LA INCURVACIÓN DEL PENE**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: __/__/__

Nombre del Paciente	
R.U.T del Paciente	

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre el procedimiento que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarlo a su médico, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o del procedimiento que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse a la intervención propuesta.

INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN

Mediante este procedimiento se pretende obtener el enderezamiento del pene y mejorar la capacidad para tener relaciones sexuales.

Mediante esta técnica quirúrgica se trata el pene, que puede estar incurvado de una forma anormal desde el nacimiento (Incurvación congénita) o se desarrolla en la edad adulta motivado por una placa fibrosa en el pene (enfermedad de Peyronie) y hace que tenga dolor durante la erección y/o no pueda tener relaciones sexuales satisfactorias.

El tratamiento de la incurvación congénita es exclusivamente quirúrgico. El tratamiento de la incurvación del adulto puede ser con pastillas, con inyecciones en el pene, ambos de escasos resultados; o mediante cirugía, con anestesia regional o general, con los riesgos y eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a ella, en el que se colocan unos puntos en el lado contrario a la incurvación o un injerto de otro tejido en el mismo lado de la incurvación. La técnica a elegir dependerá de cada caso.

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones o en algunos casos la suspensión del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios.

Después de la intervención es seguro que notará un discreto acortamiento de la longitud del pene y se tocará los puntos de sutura.

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse **efectos indeseables y complicaciones**, tanto las comunes a toda intervención quirúrgica (infección de herida operatoria, hemorragia intra o postoperatoria, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, presencia de hematomas, entre otras) y aquellas complicaciones generales las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, obesidad, etc.), como son infarto al miocardio, accidente cerebrovascular, arritmias intraoperatorias, neumonía, atelectasias, insuficiencia respiratoria, reacciones alérgicas leves o graves a medicamentos u otras, **como otros específicos del procedimiento:**

- Persistencia de las molestias en el pene
- Neuralgias (dolores nerviosos)
- Hiperestésias (aumento de la sensibilidad) o hipoestésias (disminución de la sensibilidad)

- Hinchazón o necrosis del prepucio (piel que recubre el glande)
- Disminución de la capacidad para mantener la erección
- Erección prolongada tras la cirugía que requiera tratamiento invasivo
- Infección de la herida que podría ocasionar defectos estéticos.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está exento del riesgo de complicaciones, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es muy infrecuente para este procedimiento.

Otras alternativas como el tratamiento con vitamina E, Tamoxifeno, antiinflamatorios por vía oral, prácticamente están abandonados por su falta de efectividad. Es posible el tratamiento con inyecciones en la placa fibrosa del pene cuando tenga dolor, pero que, en su caso, la alternativa más recomendable es la cirugía.

CONDICIONES PARTICULARES

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (prematurez, estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento.

Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: _____

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO (A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)

YO _____ **por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado,** declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre la **Cirugía de la Incurvación Del Pene** y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

DECLARO no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

DECLARO comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.

Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE LA CIRUGÍA DE LA INCURVACIÓN DEL PENE, por el Dr.(a)_____. **DE IGUAL FORMA AUTORIZO,** en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

Completar por el Profesional

Firma del Consentimiento:	FECHA: ____/____/____	HORA:
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		

Completar por el Paciente o Representante Legal

Nombre, R.U.T. y Firma Paciente o Representante Legal si corresponde	
--	--

INFORMACIÓN ENTREGADA POR: _____
(Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza el procedimiento)