



1. Identificación y descripción del procedimiento

Esta intervención consiste en eliminar la piel prepucial que no permite descubrir el glande, con el objetivo de permitir unas relaciones sexuales normales.

Esta intervención se realiza con anestesia local y no suele requerir hospitalización.

2. Objetivo del procedimiento y beneficios que se esperan alcanzar

Facilitar las relaciones sexuales y disminuir el riesgo de molestias e infecciones.

3. Alternativas razonables a dicho procedimiento

Existen otras alternativas como pueden ser la terapia expectante o la incisión prepucial.

4. Consecuencias previsibles de su realización

Las ya descritas en el primer y segundo apartado.

5. Consecuencias previsibles de su no realización

En su situación actual, el facultativo considera la presente indicación como la mejor opción entre las posibles. No obstante y dado que ha recibido cumplida información, usted es en último término libre de aceptarla o no.

En caso de no-aceptar la presente indicación debe saber que existe una elevada probabilidad de persistencia y/o progresión de la sintomatología por la que consultó o de sus enfermedades de base. Las posibles complicaciones que en un futuro puedan acaecer y su alcance, son en buena parte imprevisibles, incluyendo el riesgo vital.

6. Riesgos

De dicha intervención es posible pero no frecuente esperar los siguientes efectos secundarios o complicaciones:

- Reacciones alérgicas al anestésico local, que pueden llegar a producir shock anafiláctico, de graves consecuencias (incluida la muerte).
- Infecciones de la herida quirúrgica cuya complicación puede conducir a la pérdida parcial o total del órgano, y riesgo de infección general.
- Hemorragia, incluso con consecuencias imprevisibles.
- Cicatrices antiestéticas.
- Incurvación del extremo del pene
- Lesión uretral con aparición de fistulas.

7. Riesgos en función de la situación clínica del paciente

Es necesario que nos informe de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardio-pulmonares, renales, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia que pudiera complicar la intervención o agravar el postoperatorio. Por su situación actual (diabetes, obesidad, inmunodepresión, hipertensión, anemia, edad avanzada...) puede aumentar la frecuencia o gravedad de riesgos o complicaciones, por lo que el riesgo quirúrgico general es mayor.

9. Declaración de consentimiento

Don/doña de años de edad, con domicilio en , DNI y nº de SIP

Don/doña de años de edad, con domicilio en en calidad de (representante legal, familiar o allegado de la paciente) , con DNI

Declaro:

Que el Doctor/a me ha explicado que es conveniente/necesario, en mi situación la realización de y que he comprendido adecuadamente la información que me ha dado.

En a de de 2

Fdo.: Don / doña DNI

Fdo.: Dr/a DNI

Colegiado nº:

10. Revocación del consentimiento

Revoco el consentimiento prestado en fecha de de 2 y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En a de de 2

Fdo. el médico

Fdo. el/la paciente

Colegiado nº:

