

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INYECCIÓN INTRACAVERNOSA

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

Esta técnica consiste en la inyección en el pene (dentro del cuerpo cavernoso), de sustancias con acción vasoactiva (que dilatan o estrechan los vasos sanguíneos), que provocan una erección del pene.

Esta técnica (junto con otras pruebas diagnósticas), nos ayuda a conocer las alteraciones que están causando los problemas de erección (vascular, neurológica, etc). Así se puede indicar el tratamiento más adecuado para su corrección. A veces esta técnica se indica como tratamiento para conseguir mejorar la erección.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

El uso de esta técnica no tiene secuelas de importancia que se den con seguridad.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Pueden darse efectos no deseados como:

- Dolor puntual en la zona de inyección.
- Hemorragia y hematoma bajo la piel del pene.
- Hipotensión y mareo secundario a la bajada de la tensión.
- Erección permanente (es la complicación más frecuente). Si este cuadro se alarga más de 4 horas, es preciso que acuda a urgencias.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.
- Reacción al fármaco utilizado en la inyección.

La mayoría de estos problemas, se resuelven con tratamiento médico. Aunque a veces hay que recurrir a la cirugía para resolverlos.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: *(señalar lo que proceda)*

No tiene Diabetes Obesidad Hipertensión

Anemia Edad Avanzada Tabaquismo Tratamiento anticoagulante

.....puede aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

CONTRAINDICACIONES

No tiene.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado.

Otras alternativas al diagnóstico:

- Ecografía doppler del pene.
- Estudio de las erecciones nocturnas.

Otras alternativas a la técnica:

- Medicación oral.
- Prótesis de pene.
- Dispositivos de vacío.
- Cirugía de tipo vascular.

AUTORIZACIÓN PARA “INYECCIÓN INTRACAVERNOSA”

DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se me realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas en entrevista personal con D./D.^a , así como los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padezco, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En , a

Fdo. Paciente:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el paciente con DNI/NIE o Pasaporte: , no doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En , a

Fdo. Paciente: