

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA FRENULOPLASTIA

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

Es una técnica que se realiza cuando el frenillo prepucial es muy corto, y no resulta posible descubrir el glande por completo. Este problema se acentúa en caso de erección, produciendo molestias importantes que dificultan o no permiten las relaciones sexuales con penetración o coito.

La intervención se realiza bajo anestesia local y consiste en un corte y posterior sutura del frenillo. Tras la cirugía los puntos se reabsorben en un plazo variable.

La finalidad es eliminar la tensión y molestias provocadas por el acortamiento del frenillo prepucial.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

- Se podrá descubrir el glande del pene al completo.
- Molestias transitorias en la zona.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Pueden darse efectos no deseados, algunos son comunes a toda cirugía y afectan a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos de la intervención son:

Riesgos frecuentes:

- Sangrado leve.

Riesgos menos frecuentes:

- Fístula urinaria.
- Infección o sangrado de la herida.
- Cicatrización anómala.
- Estenosis (estrechez) del meato uretral.
- Alteraciones sensitivas.
- Retención de orina transitoria.
- Dolor en el coito.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

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. Otra alternativa a la técnica es:

- Tratamiento con pomadas anti-inflamatorias o de corticoides.

AUTORIZACIÓN PARA “FRENULOPLASTIA”

Yo, D./D^a _____, como representante legal en calidad de “ tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre” del paciente debido a “Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad”, cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le 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 padece, 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 _____

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/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 _____

Firma del representante legal: