

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA NINFOPLASTIA

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

Es una técnica quirúrgica que modifica anatómica y funcionalmente los labios menores y/o capuchón del clítoris, que presentan alguna asimetría y/o hipertrofia (considerada esta como una distancia mayor a 5 cm desde la base del labio menor hasta su borde) bien por razones congénitas u hormonales.

Es importante saber que no existe un “tamaño normal” para los genitales, ya que su forma y tamaño pueden variar mucho entre mujeres, dependiendo de su cuerpo, su edad y su origen.

La cirugía puede hacerse en un solo lado o en ambos. Se emplea una técnica cuidadosa que combina lo funcional con lo estético. No es una amputación.

Aunque el uso de esta técnica no tiene secuelas de importancia que se den en todos los casos, los resultados pueden no cumplir las expectativas y quedar diferencias de tamaño y cambios en la sensibilidad con las relaciones sexuales.

La finalidad de esta intervención es que los labios menores tengan un tamaño y forma que no causen molestias. También se busca que conserven su sensibilidad y función.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

El uso de esta técnica no tiene secuelas de importancia que se den en todos los casos.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos no deseados como:

- Sangrado.
- Dolor e inflamación.
- Hematoma o seromas en labios o en el periné (área entre la vagina y el ano).
- Cicatriz no satisfactoria estéticamente y/o que provoque dolor con las relaciones sexuales.
- Cambios de la sensibilidad que pueden ser temporales o definitivos.
- Asimetría de grado variable entre ambos labios menores.
- Complicaciones de la herida quirúrgica como infección, apertura de la herida, etc.
- 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

Este procedimiento no tiene contraindicaciones absolutas.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

No hay alternativas para este procedimiento que puedan mejorar su situación.

AUTORIZACIÓN PARA "NINFOPLASTIA"

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 padeczo, 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: Servicio de:

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: