

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

NOMBRE DEL PACIENTE: APELLIDOS:

RUT.....EDAD:

DIAGNÓSTICO (No use abreviaturas):.....

I.-DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA PROCEDIMIENTO Y/O INTERVENCIÓN CIRCUNCISIÓN Y/O ELONGACIÓN DE FRENILLO:

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted revocar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

Díganos si tiene alguna duda o necesita más información. Le atenderemos con mucho gusto.

LO QUE USTED DEBE SABER

EN QUÉ CONSISTE Y PARA QUÉ SIRVE

La circuncisión consiste en eliminar la piel del prepucio que no permite descubrir el glande (fimosis); en ocasiones la retracción del glande no se puede realizar debido a un frenillo corto por lo que será suficiente con la reparación de este. En determinadas circunstancias como algunas enfermedades del glande y/o del prepucio es preciso realizar la circuncisión aunque no exista fimosis.

Mediante este procedimiento se pretende facilitar las relaciones sexuales y disminuir el riesgo de molestias e infecciones.

CÓMO SE REALIZA

Esta intervención se realiza bajo anestesia local y no precisa hospitalización, salvo en niños.

Se extirpa el prepucio y se dan puntos entre la piel del pene y la mucosa del glande dejando descubierto el glande en mayor o menor medida. Habitualmente el frenillo se secciona y sutura durante la intervención.

Cuando solo es preciso elongar el frenillo, éste es seccionado sin extirpar el resto del prepucio.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

El postoperatorio suele ser corto y el dolor de la zona operada es habitualmente leve y transitorio y si fuera necesario, se calma mediante el uso de analgésicos.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

Mediante este procedimiento se pretende facilitar las relaciones sexuales y disminuir el riesgo de molestias e infecciones.

QUÉ RIESGOS TIENE

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

• LOS MÁS FRECUENTES:

- Sangrado discreto en la sutura quirúrgica que en algunas ocasiones puede motivar tener que dar algún punto después de la intervención para conseguir la hemostasia.

• LOS MÁS GRAVES:

Suelen ser los menos frecuentes.

- Reacciones vagales de intensidad variable que incluso pueden llevar a la pérdida de conocimiento.

- Infecciones en la herida quirúrgica, cuya complicación puede conducir muy infrecuentemente a la pérdida total o parcial del órgano, y riesgo de infección general de carácter grave.

- Es posible aunque improbable que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados por presentar hemorragia.

- Cicatrices antiestéticas.

- Incurvación del extremo del pene por retracción cicatricial.

- Lesión uretral con aparición de fístulas.

- Aumento o disminución de la sensibilidad del glande, de intensidad variable.

- Reacciones alérgicas o efectos indeseables, de intensidad variable, asociados a los medicamentos que se considere preciso administrarle.

La mayoría de estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero en ocasiones, pueden llegar a requerir una nueva intervención.

OTRAS SITUACIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.

- Se tomará muestra para biopsia y otras necesarias que podrían requerirse para estudiar su caso., las que deben ser procesadas por nuestros laboratorios de anatomía patológica en convenio.

- Puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o videos, para documentar mejor el caso.

II.- CONSENTIMIENTO INFORMADO

En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal. En el caso del MENOR DE EDAD, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento.

realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención.

___SI___NO Autorizo la utilización de imágenes como fotos o videos para documentar mejor el caso.

DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y/O DE SU REPRESENTANTE LEGAL

Yo, Don /Doña (Nombre y Apellidos), autorizo a la realización de esta intervención, asumiendo los riesgos y consecuencias que se puedan derivar para mi salud.

RUT..... FIRMA.....

MEDICO RESPONSABLE DEL PROCESO DE INFORMACION Y/O CONSENTIMIENTO

Nombre y Apellidos del profesional.....

RUT..... FIRMA.....

Fecha de obtención del consentimiento informado.....

RECHAZO DE LA INTERVENCION

Yo, Don /Doña (Nombre y Apellidos), no autorizo a la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Datos paciente y/o representante legal

RUT..... FIRMA.....

Fecha.....

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, Don /Doña (Nombre y Apellidos), de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Datos paciente y/o representante legal

RUT..... FIRMA.....

Fecha.....