

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INYECCIÓN INTRACAVERNOSA

Nº Historia:

D.: de años de edad,
Con domicilio en y DNI Nº

D./dña.: de años de edad,
Con domicilio en y DNI Nº
En calidad de de

DECLARO

Que el Doctor/a Don/Doña:, me ha explicado que es conveniente proceder en mi situación a una INYECCIÓN INTRACAVERNOSA.

1.- Mediante este procedimiento se pretende ayudar al diagnóstico sobre las posibles alteraciones causantes de la impotencia y conseguir una erección satisfactoria.

La realización del procedimiento puede ser filmada con fines científicos o didácticos.

2.- Mediante esta técnica se determina qué tipo de alteración (vascular, neurológica, etc.) me provoca la impotencia, y de este modo se obtiene la indicación del tratamiento más adecuado para su corrección.

La disfunción eréctil o impotencia requiere para su diagnóstico la realización de una serie de pruebas analíticas, clínicas y radiológicas. Una de estas pruebas es la inyección intracavernosa de sustancias (vasoactivas) que provocan una erección del pene. Esto mismo, en algunos pacientes, se indica también como tratamiento de la impotencia.

3.- Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento como presencia de hemorragia y hematoma bajo la piel del pene, dolor en la zona de inyección, hipotensión y episodio de mareo secundario a la bajada tensional, erección permanente, que es la complicación más frecuente. Si este cuadro se alarga más de 4 horas, es preciso que acuda a Urgencias de un Hospital para ser valorado por un Urólogo.

El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una intervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo de mortalidad.

4.- El médico me ha explicado que para la realización de esta técnica puede ser necesaria una preparación previa, en ocasiones con peculiaridades como.....

.....
aunque puede ser posible su realización sin una preparación completa.

También me ha explicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

Por mi situación actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada...) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como.....
.....
.....

5.- El médico me ha explicado que como alternativas existen la prótesis intracavernosa, el dispositivo de vacío y la revascularización, pero que en mi caso lo más aconsejable es la inyección intracavernosa.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones

CONSIENTO

Que se me realice INYECCIÓN INTRACAVERNOSA.

En, a

Fdo: El/la Médico

Fdo: El Paciente

Fdo: El representante legal, familiar o allegado

REVOCACIÓN

Don de años de edad.
(Nombre y dos apellidos del paciente)

con domicilio en y D.N.I. nº

Don/Doña de años de edad.
(Nombre y dos apellidos)

con domicilio en y D.N.I. nº

en calidad de de
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO el consentimiento prestado en fecha, y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En.....*(Lugar y fecha)*

Fdo: El/la Médico

Fdo: El Paciente

Fdo: El representante legal, familiar o allegado