

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

FECHA OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO _____

NOMBRE DEL PACIENTE:

(Nombre y dos apellidos o etiqueta de identificación)

FECHA DE NACIMIENTO _____ RUT: _____

NOMBRE DEL MÉDICO: _____ RUT: _____

(Letra Legible, puede utilizar TIMBRE)

PROCEDIMIENTO, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O TRATAMIENTO

(NO utilizar ABREVIATURAS)

HIPÓTESIS DIAGNÓSTICA _____

(NO utilizar ABREVIATURAS)

I.-DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA CIRCUNCISIÓN

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 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, la higiene local y disminuir el riesgo de molestias e infecciones.

CÓMO SE REALIZA

Esta intervención se realiza bajo anestesia regional o general y no precisa hospitalización, salvo en niños, que eventualmente podrían requerir hospitalización. 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.

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, la higiene local 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 podrían tomar 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.

II.- CONSENTIMIENTO INFORMADO

En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento de la/del apoderado.

En el caso de los MENORES DE EDAD, el consentimiento lo darán sus apoderados, aunque el menor siempre será informado de acuerdo con su grado de entendimiento.

En caso de menores de edad o pacientes sin capacidad de otorgar consentimiento

Apoderado: _____ Rut: _____

Firma paciente o apoderado

Firma del Médico

=====

Rechazo o revoco la autorización para la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello pueda derivarse para la salud o la vida, de forma libre y consciente.

En caso de DENEGACION O REVOCACION

Firma Paciente o Apoderado

Firma Médico