

Consentimiento informado reasignación del sexo masculino a femenino

Nombre y apellidos del paciente

DNI

D./Dña. (*Representante legal, familiar o allegado*),.....

DNI

Nombre y apellidos del médico que informa

Nº de colegiado

Información:

1. Nombre técnico de la enfermedad y explicación:

Dentro de los **Trastornos de la identidad del género (TIG)**, el **Transexualismo masculino** es una alteración psicosexual de causa aún no bien establecida en la que una persona con dotación cromosómica y fenotípica de un hombre tiene la convicción y el sentimiento persistente y constante de ser una mujer, de querer vivir y ser aceptada socialmente como una mujer, deseando voluntariamente someterse a una cirugía de reasignación del sexo (cambio del sexo) como tratamiento definitivo. Previamente a la cirugía y durante 2 años, la paciente debe cumplir los requerimientos psicológicos, psiquiátricos y endocrinológicos establecidos de tratamiento integral de los TIG.

2. Nombre técnico de las operaciones y su secuencia:

- Cirugía de reasignación del sexo.
- Genitoplastia feminizante.
- Cirugía del transexual hombre a mujer.

3. En qué consisten las operaciones y cómo se van a llevar a cabo:

El objetivo fundamental del tratamiento consiste en una operación que se realiza bajo anestesia general en la que se extirpa el pene y ambos testículos, para posteriormente reconstruir con tejidos adecuados una neovagina útil para la relación sexual, un neoclítoris y una vulva. En el caso concreto de la paciente D^a....., la neovagina se reconstruirá mediante adición de piel de la región escrotal central. La profundidad final de la neovagina será útil, salvo complicaciones.

Se lleva a cabo una reconstrucción de unos genitales externos (vulva) que estéticamente serán parecidos a los de una mujer. También se trata de reconstruir un clítoris sensible usando parte del glande del pene; dicho neoclítoris quedará situado a nivel de la sínfisis del pubis. El nuevo orificio para la salida de la orina quedará situado aproximadamente 1 cm bajo el neoclítoris. El grado de satisfacción del paciente con respecto a las relaciones sexuales no sólo depende de la sensibilidad del nuevo clítoris y de la vagina reconstruida, sino que también está muy influenciado por otro tipo de factores físicos y conductuales.

Durante la operación y al realizar la disección del espacio entre el recto y las vías urinarias, pueden ocurrir complicaciones graves como hemorragia y perforación de la ampolla rectal, de la uretra o de la vejiga urinaria. Otras complicaciones que pueden presentarse después de la operación son comunicaciones (fistulas) entre las vías urinarias y la vagina, o entre el intestino y la vagina reconstruida, estrechez del canal de la orina o de la vagina, salida hacia fuera (prolapso) de una parte de la vagina, dolor provocado por las relaciones sexuales,

infecciones cutáneas o de la uretra, y pérdida pequeñas o grandes de piel usada para la reconstrucción de la vagina o de los genitales externos.

4. Riesgos derivados de su situación particular (enfermedades previas): No/SI.

Declaración del paciente

Yo, D.....DNI.....

Declaro que me han sido explicados de forma satisfactoria la naturaleza, propósitos y complicaciones más frecuentes e importantes de la operación de resignación del sexo. También se me han expuesto los riesgos derivados de mi situación particular. Igualmente se me ha hablado de forma comprensible de otros procedimientos quirúrgicos, así como de las ventajas y desventajas de cada uno de ellos. Asumo el riesgo de posibles consecuencias desfavorables que no sean debidas a conducta profesional negligente.

DOY MI CONSENTIMIENTO para la realización de la operación descrita en el apartado de información de este documento, junto a las medidas complementarias que se consideren y que me han sido previamente explicadas (pruebas preoperatorios).

Deseo que se respeten las siguientes condiciones:.....
.....

Antes de que se realice la operación puedo retirar este consentimiento cuando lo desee.

PACIENTE/REPRESENTANTE:

D.N.I.:

Fdo.:

MÉDICO:

Nº Colegiado:

Fdo.:

En _____, a _____ de _____ de 20____

He decidido **REVOCAR MI ANTERIOR AUTORIZACIÓN**

PACIENTE/REPRESENTANTE:

D.N.I.:

Fdo.:

MÉDICO:

Nº Colegiado:

Fdo.:

En _____, a _____ de _____ de 20____