

## DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA BIOPSIA TESTICULAR

PACIENTE:

Nº HISTORIA:

EDAD:

DNI:

### DECLARO

Que el Doctor \_\_\_\_\_, me ha explicado que es conveniente proceder en mi situación a una BIOPSIA TESTICULAR.

- 1.- Mediante este procedimiento se pretende establecer la existencia o no de esterilidad y llegar a un diagnóstico anatomopatológico en el caso de que existan lesiones testiculares.

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

- 2.- El médico me ha explicado que el procedimiento requiere la administración de anestesia de cuyos riesgos me informará el servicio de anestesia.

- 3.- Mediante esta técnica, que es una intervención quirúrgica, se extrae una pequeña parte del testículo para realizar un estudio microscópico.

La técnica se puede realizar abriendo la piel del escroto o mediante un pinchazo con una aguja especial, con anestesia local o regional.

- 4.- 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, tales como no conseguir un material biopsico significativo, la hemorragia postoperatoria que suele ser de muy poco volumen, hematomas, infección y/o inflamación del testículo, epidídimo o bolsa escrotal con sus posibles complicaciones locales o generales.

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

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

- 6.- El médico me ha explicado que la alternativa es la biopsia testicular percutánea pero que en mi caso la mejor alternativa es la quirúrgica, siendo complementarios el estudio hormonal y el seminograma.

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 BIOPSIA TESTICULAR.

Fdo: El/la Médico

Fdo: El Paciente

Fdo: El representante legal, familiar o allegado